Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.

Ein Beitrag zur operativen Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen.

Inaugural-Dissertation,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Genehmigung der

Hohen Medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

am

Freitag, den 12. August 1904, mittags 12¾ Uhr

in der

Aula Leopoldina der Universität

öffentlich verteidigen wird

Paul Becker,

Assistenzarzt an der Königl. Universitäts-Frauenklinik.

Opponenten:

Dr. Walther Hannes, Assistenzarzt an der Kgl. Universitäts-Frauenklinik.
Dr. Heinrich Weber, Volontärarzt an der Kgl. Universitäts-Frauenklinik.

Breslau 1904.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Referent: Prof. Dr. Küstner.

Ponfick, Dekan

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548202_0018

Die Geschichte der Adnexoperationen ist verhältnismässig noch sehr jung. Erst gegen Ende der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, als die Lehren der Listerschen Wundbehandlung der operativen Chirurgie das Feld der Tätigkeit geebnet hatten, finden wir die junge, aber rasche Entwicklung der operativen Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen, die nunmehr in unserer Zeit der Antisepsis und Asepsis einen vollwertigen Platz in der Abdominalchirurgie erlangt hat.

In der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts, als die Lehren des unsterblichen Semmelweis allmählich Anhänger gefunden hatten, als in der Gynäkologie schon grössere Operationen, wie die im Jahre 1809 von Mac Dowell zuerst gemachte Ovariotomie und 1813 zuerst von Langenbeck vorgenommene Totalexstirpation des Uterus, gekannt und von vielen ausgeführt wurden, hören wir von eigentlichen Operationen an den Adnexen, speziell an den Tuben fast gar nichts. In der 1874 von Hegar-Kaltenbach erschienenen „Operative Gynäkologie“ heisst es in dem kurzen „Operationen an den Tuben“ überschriebenen Kapitel, nachdem zuvor der Tastbefund und die Topographie geschildert: „Es liegen bis jetzt nur äussert spärliche Berichte über Eröffnung solcher Tubensäcke vor, und auch hierbei mögen noch Verwechselungen mit Ovarialcysten oder Exsudaten im Douglas'schen Raum mit unterlaufen sein.“

Weiterhin betreffs Indikation zu einer operativen Behandlung und Art des Eingriffs heisst es: „Die Punktion hydropischer Tuben kann wegen Kompressionserscheinungen im Becken oder wegen drohender Gefahr einer Ruptur angezeigt erscheinen; die Eröffnung muss in ganz entsprechender Weise wie bei Ovarialcysten von der Scheide aus mit einem dünnen Dieulafoy'schen oder Thompson'schen Troikart vorgenommen werden. Bei dem kleinen Umfang der Geschwulst und dem meist dünnflüssigen Inhalt kann sogar ein Exploralivtroikart genügen. Simpson gibt an, in 8 Fällen Heilung mit demselben erzielt zu haben. Es erfolgte stets nur eine geringe auf den Douglas'schen Raum beschränkte Reaktion und in keinem Falle trat Wiederanfüllung der Tubensäcke ein."

Also meist nur bei umfänglichem Adnexbefund, bei fast vitaler Indikation schritt man bei entzündlichen Adnexerkrankungen zu einem operativen Vorgehen.

Auch Frankenhäuser hat wie Simpson von der Scheide aus fühlbare Tubensäcke chirurgisch in Angriff genommen. Jedoch musste er wiederholt die Punktion vornehmen und einen Katheter einlegen, durch welchen er desinfizierende Flüssigkeiten einspritzte. Trotzdem füllte sich noch mehrmals der Sack an, brach später meist spontan durch und nahm lange Zeit, bis 7 Monate, in Anspruch, bis endlich Heilung erfolgte.

Auch später noch, als bereits eingreifendere Operationen an den Adnexen in der Entwickelung standen, empfahl L. Landau, Vuillet, Gouilloud und andere die Punktion der Hydrosalpinx von der Scheide aus. Die Pyosalpinx sucht man ebenfalls durch Punktion und Aspiration von der Scheide aus zu entleeren. Jedoch füllte sich bald wieder der Sack, da die enge Punktionsöffnung sich leicht verlegte. Auch Gräfe und Küstner empfahlen die Inzision von der Scheide aus mit folgender ausgiebiger Drainage, um so den Sack zur Verödung zu bringen.

Ferner suchte man noch auf andere Art und Weise gegenüber der sich einbürgernden radikaleren Operation

vorzugehen. Frankenhäuser und Bandl suchten durch manuellen Druck den Inhalt des Adnextumors nach dem Uteruscavum hin zu entleeren. Und so empfahl auch Ziegenspeck in allerneuester Zeit durch ausgiebige Massage bei Pyosalpinx den Tumor zu verkleinern. Thure Brandt und Dolega stellten die Adnexgeschwülste der Massagebehandlung als direkte Kontrainduktion. Ein sehr gefährliches Verfahren.

Tyler-Smith versuchte die Tube zu sondieren. Er wollte durch Katheterismus derselben die Unwegsamkeit beheben, die Tube des Inhalts entleeren und so die Sterilität heilen. Doléris punktierte von der Uterushöhle aus die vergrösserte Tube, Pozzi endlich schlug vor, den Uterus auszukratzen, um dadurch einen Durchbruch des Tubeninhalts nach dem Uterus hin zu bewirken.

Alle diese unchirurgischen Manipulationen, welche durchaus nicht ungefährlich waren und doch nie zur endgültigen Heilung führen konnten, suchten den radikalen Eingriff einer Operation zu umgehen oder zu ersetzen.

Die erste Exstirpation einer entzündlichen Tubengeschwulst nahm Hegar vor im November 1876, indem er sie irrtümlicherweise für eine Ovarialcyste gehalten hatte. Im Oktober 1877 exstirpierte Hegar eine doppelseitige Pyosalpinx bei einer 25jährigen Nullipara. Den Fall, dessen Diagnose ante op. „Perioophoritis, Salpingitis, Perimetritis, Retroflexio uteri“ richtig gestellt war, operierte Hegar in zielbewusster Weise. Durch Laparotomie setzte er beide Ovarien und die etwa daumendicken Tuben ab, welche frischen Eiter enthielten. Die Operation, welche Hegar in seinem Werk „Kastration der Frauen“ ausführlich schilderte, nennt er Salpingotomie. „Sie wird gewöhnlich so ausgeführt werden können, dass man Eierstock und Tube gleichzeitig herauszieht und eine Doppelligatur (mit Seide) nahe am Uterinrande der Tube, falls die Erkrankung so weit gehen sollte, um den ganzen oberen Teil des Lig. latum führt. Geht die Affektion nicht so weit, so wird die Ligatur natürlich mehr lateralwärts herumgeführt.“

Hegar führte die Operation späterhin zu wiederholten Malen aus sowohl bei Pyosalpinx, Hydrosalpinx sowie allen perisalpingo-oophoritischen Prozessen. Über die Indikationsstellung der Operation lässt er sich in „Kastration der Frauen“ ausführlich aus.

Die Erfolge Hegars sind in bezug auf Mortalität im allgemeinen günstig gewesen.

Nach Hegar machte Lawson Tait seine erste Tubenoperation im Jahre 1879. Auch die Tubenoperationen von Martin fallen in spätere Zeit. Unter die ersten Operateure gehören noch Schwarz, Baumgärtner, Kaltenbach. Seitdem ist dann die Exstirpation der erkrankten Adnexe speziell der Tuben von allen Seiten anerkannt und geübt und in der Technik weiter gebildet worden. Während Hegar bei seinen ersten Salpingotomien Tuben mitsamt den Ovarien entfernte, weshalb alle diese Operationen unter den Kastrationen rangieren, bildete sich bald darin eine konservativere Richtung aus, indem man, wenn irgend möglich, den Frauen das einigermassen normale eine Ovarium liess und nur das schwer erkrankte entfernte. In dieser Richtung sind besonders die epochemachenden Arbeiten von Martin und Freund zu erwähnen, die viel zur Klärung der Erkrankung selbst beitragend, die Indikation zur Operation und die Technik derselben bei dem damaligen Standpunkte meisterhaft aufbauten.

Während man bisher per laparotomiam die Adnexoperationen übte, wurde später das Bestreben wach, auch vaginal die erkrankten Adnexe zu entfernen. Die Hauptverfechter dieser Methode waren Martin, Dührssen, Mackenrodt. Jedoch sind diese Operationen von der Scheide aus doch nur für wenige Fälle reserviert. Denn gerade die Lösung der bei Adnexerkrankungen so zahlreichen Verwachsungen mit der Umgebung und dem Darm kann von der engen Scheidenöffnung aus infolge mangelnder Übersicht schwierig, ja geradezu gefährlich werden.

Da man in dieser Zeit, wo man Antisepsis wohl zu beherrschen verstand, die Asepsis jedoch erst gesucht und

erstrebt wurde, nach den Adnexoperationen vom Abdomen her nicht selten Eiterungen an den Stümpfen und Ligaturen im Becken eintraten sah, ferner Blutungen aus der zurückgelassenen Gebärmutter, perimetritische Erscheinungen, Lageanomalien des Uterus, die dann der operierten Frau noch Schmerzen und Beschwerden nach der Operation verursachten, sowie die Gefahr eines Bauchbruches die Arbeitsfähigkeit der Operierten keineswegs besserte, so exstirpierten französische Operateure, Péan und Ségond, sodann Doyen und Richelot den Uterus per vaginam, den sie als Hauptursache der Infektion betrachteten, allein, die erkrankten Adnexe jedoch liessen sie zurück.

Leopold, L. Landau u. a. gingen hierin einen Schritt weiter und entfernten den Uterus samt den Adnexen von der Scheide aus. Im Laufe der Zeit erfuhr auch diese Operationsrichtung durch Vervollkommnung in der Technik, wobei besonders P. Müller, Doyen, Freund und L. Landau zu nennen sind, vielseitige Anerkennung. Auch sind die Erfolge hierbei in vieler Beziehung gute zu nennen.

Aber abgesehen von den üblen Komplikationen, die durch Zerreissen der Tube beim Herunterziehen der Anhänge, durch starke Blutungen aus unfreiwillig zerrissenen Adhäsionen, durch Darmverletzung usw. erwachsen können und schliesslich doch noch die Laparotomie erfordern, ist mit dieser Péan', Ségond', Landau'schen Exstirpation des Uterus samt den Adnexen der Radikalismus doch zu weit getrieben.

So haben sich denn auch im Laufe der Zeit zwei Gruppen von Operateuren gebildet, von denen sich die eine begnügt die erkrankten Adnexe — und zwar meistens per laparotomiam als abdominale Salpingo-oophorectomie — zu entfernen und den Uterus zurückzulassen. Die andere Gruppe exstirpiert — meist als vaginale Radikaloperation —, in jedem Falle den Uterus mit, teils als primären Herd der Erkrankung, teils weil ihm nach Entfernung der Adnexe eine funktionelle Bedeutung nicht mehr zukommen könne.

Die Erfolge beider sind nach zahlreichen Statistiken gut zu nennen.

Die Adnexerkrankungen, die hier zunächst in ätiologischer Hinsicht Berücksichtigung finden sollen, stellen unter den anderen gynäkologischen Erkrankungen einen sehr grossen Prozentsatz, eine Tatsache, welche aus der Ätiologie der Erkrankung sofort uns ersichtlich sein dürfte. Gonorrhöe — Wochenbett — Tuberkulose, alles Momente, die ja bekanntlich sehr häufig sind und die im Geschlechtsleben der Frau schwerwiegend, der Gesundheit oft unheilvoll hervortreten können.

Die schwerste und hoffnungsloseste Erkrankung der Adnexe ist die letztere, die Tuberkulose, die aber zum Glück wenigstens primär noch zu den Seltenheiten gehört. Der Wege, auf denen das tuberkulöse Virus, der Tuberkelbazillus in die Genitalien gelangt, gibt es, wie schon Hegar gezeigt hat, verschiedene, den aufsteigenden und den absteigenden Weg. Von der Vulva aus oder von dem Ostium abdominale tubae dringt der Tuberkelbazillus ein.

Auf aszendierendem Wege wird er von aussen her in die Scheide gebracht, so beim Koitus, durch die Finger, Betten, Kleider, unsaubere Instrumente und endlich durch Verschmieren des Darminhalts vor der Vulva. Veit sagt, der Tuberkelbazillus selbst kann vom eigenen Körper — vom Darm aus, von den Fingern, an denen Reste tuberkulösen Sputum waren — stammen oder von anders woher kommen und in letzterem Falle allein darf man von primärer Genitaltuberkulose sprechen. Dabei ist zu beachten, dass auch die aszendierten Bazillen sich meist in den Tuben niederlassen und dass von dort aus die weitere Verbreitung deszendierend erfolgen kann und trotzdem muss man doch hier daran festhalten, dass ursprünglich ein aszendierender Modus vorliegt.

Demgegenüber steht die deszendierende Form. Hier erfolgt sekundär eine Infektion der Adnexe als Metastasen von den Lungen oder Unterleibsorganen her, wobei das

Peritoneum eine grosse Rolle als Wegweiser für das tuberkulöse Virus spielt, eine Tatsache, die Pinner experimentell erwies. Jedoch braucht dies nicht stets der Fall sein; Orth hebt hervor, dass auch Keime aus der Tube die Bauchhöhle infizieren können. Die deszendierende Form, also die sekundäre Infektion ist weitaus am häufigsten.

Neben diesen beiden Arten der tuberkulösen Infektion muss man noch eine hämatogene als möglich ansehen, sowie eine Verbreitung auf dem Wege der Lymphbahnen. Kleinhans hält die hämatogene Form für erwiesen durch den Befund von sekundärer Genitaltuberkulose bei primärer Lungenphthise, ohne dass dazwischen irgend ein Organ erkrankt ist, ferner durch den Umstand, dass die Placentarstelle besonders stark erkrankt und endlich durch den Übergang der Tuberkelbazillen von der Mutter auf das Kind. Für eine Verbreitung auf dem Wege der Lymphbahnen infolge Eröffnung des Bindegewebes durch Wunden in der Vulva und Vagina sprach sich schon Hegar aus, und von Franqué brachte hierfür beweisende Beobachtungen vor.

In der überwiegenden Zahl der Fälle jedoch, wenigstens weit häufiger als man noch vor etlichen Jahren glaubte, beruhen die Adnexerkrankungen ätiologisch auf gonorrhoischer Basis. Noeggeraths unsterbliches Verdienst ist es, zuerst auf die Bedeutung der Gonorrhöe für die Erkrankung des weiblichen Sexualapparates aufmerksam gemacht zu haben. Die Angaben Noeggeraths über die hohe ätiologische Bedeutung der Gonorrhöe sind allerdings für eine Reihe von weiblichen Sexualerkrankungen von Übertreibungen nicht freizusprechen; nach seiner Ansicht müsste jede gonorrhoisch infizierte Frau „mit voller Sicherheit“ früh oder später einer Erkrankung der Adnexe anheim fallen. Sängers Berechnung nach leidet ungefähr die Hälfte früher gonorrhoisch Infizierter an entzündlichen Adnexerkrankungen. Schmitt weist an 116 Fällen, bei denen die Diagnose Gonorrhöe mit Sicherheit festgestellt war, davon später 23mal Erscheinungen an den Adnexen nach.

Jedenfalls aber hat Noeggeraths Theorie von der „latenten Gonorrhöe“ sich voll und ganz bestätigt und gezeigt, dass scheinbar ganz gesunde Frauen, bei denen eine Infektion sehr weit zurück liegt oder sich gar nur noch mutmassen lässt, doch noch der Gefahr einer Adnexerkrankung beruhend auf gonorrhoischer Basis ausgesetzt sind, sobald nur ein auslösender Faktor hinzutritt, sei es ein Abort, ein Wochenbett oder sonst eine Genitalstörung.

Der Verlauf der gonorrhoischen Infektion auf der infizierten Schleimhaut und die durch dieselbe gesetzten Veränderungen sind durch die grundlegenden Arbeiten von Bumm und die Untersuchungen von Martin, Bockhart, Steinschneider u. a. m. geklärt und genügend bekannt. Nach den neueren Arbeiten von Orthmann und denen von Menge, Wertheim besteht jetzt die Anschauung, dass der Erreger der Gonorrhöe, der Gonokokkus Neisser, zunächst die Schleimhaut der Cervix befällt. Sodann, sobald die Barrière, die bakterizide Wirkung des Schleimpfropfes, geschwunden und durch einen Abort oder Partus im Puerperium die Pforten offen stehen, auf aszendierendem Wege per continuitatem auf der Mukosa weiterkriecht und schliesslich die Tuben, und was charakteristisch für Gonorrhöe, beide Tuben befällt. Das diagnostische Merkmal, das geübter bimanueller Tastung wohl zugängig, von dem Befallensein der Tube ist die knötchenförmige Verdickung am Ostium uterinum tubae, wie Schauta sie nennt, die Salpingitis isthmica nodosa. Durch Entzündung der Tubenschleimhaut geht sodann das Flimmerepithel verloren, die Schleimhaut quillt und verbäckt mit einander, es kommt zu Exsudationen in das Tubenlumen. Durch weitere Tiefenwirkung des Gonokokkus kann sodann, wie Wertheim nachwies, die Entzündung übergreifen auf die Tubenwandung und schliesslich auf die Serosa; es kann zur Verdickung der Tuben und zu perisalpingitischen Prozessen kommen. Das Ostium abdominale tubae verklebt infolge der Entzündung oder der Prozess greift weiter auf die Ovarien über. So kommt es im Laufe der fortschreitenden

Entzündung sodann zu Veränderungen und den verschiedenartigsten Krankheitsbildern an den Adnexen, alles Prozesse, die schliesslich zu dem für Gonorrhöe charakteristischem Symptom der „Kein- oder Ein-Kind-Sterilität“ führen, wie es Sänger nennt.

Ein weiteres ätiologisches Moment für das Entstehen entzündlicher Adnexerkrankungen ist die septische, besser gesagt puerperalseptische Infektion; denn meist im Verlauf einer Geburt, eines Abortes erfolgt durch Schuld des Untersuchers oder durch Berührung mit unsauberen Instrumenten, Wäschestücken etc. eine Übertragung der betreffenden Krankheitserreger. Die Mikroben, die hier in Betracht kommen, sind meist Strepto- und Staphylokokken. Infektionen mit Pneumokokken, Diphtheriebazillen, Aktinomycose, Coli und sonstigen Darm- und Fäulnisbakterien hat man auch gesehen, jedoch sind das vereinzelte Fälle. Ganz im Gegensatz zu den Gonokokken nehmen die Strepto- und Staphylokokken ihren Weg zumeist durch die Lymph- und Blutbahnen. Das Bild einer frischen puerperalen Infektion, wie wir es bei der Sektion puerperalseptischer Leichen finden, ist: Vereiterung von Thromben an der Placentarstelle oder in den spermatischen und uterinen Venen. Das Beckenperitoneum ist mehr oder minder stark beteiligt durch fibrinöse Auflagerungen, eitrige Exsudationen. Gelegentlich findet man auch Eiter in der Tube; der Umstand, dass der isthmische Teil dann intakt ist, zeigt, dass der Eiter aus dem Abdomen mit grosser Wahrscheinlichkeit durch das Fimbrienende hineingeflossen sein dürfte. Niemals jedoch sieht man eine durch grössere Eiteransammlungen aufgetriebene Tube, wie dies für Gonorrhöe charakteristisch ist. Ebenso bietet im chronischen Stadium schon das makroskopische Aussehen der septisch oder gonorrhoisch erkrankten Adnexe wesentliche Unterschiede.

Kleinhans erwähnt, dass er an einer grossen Reihe von Präparaten den Versuch gemacht habe, allein nach dem makroskopischen Aussehen zu beurteilen, ob eine puerperal septische oder gonorrhoische Infektion vorgelegen

habe und dass die so getroffenen Entscheidungen nur selten nach späteren genauen mikroskopischen Untersuchungen einer Korrektur bedürft hätten.

Herrmann sagt in seinen Ausführungen: „Die Schwere der Erkrankung der Tube, die starke Beteiligung ihrer Wandungen (Salpingitis isthmica nodosa), kurz der typische Befund der Pyosalpinx neben peritonitischen Adhäsionen berechtigt uns, auch ohne Gonokokkennachweis, diese als Ursache der Erkrankung zu betrachten; während wir mit einer septischen Infektion zu tun haben, wenn als Residuen der früher bestandenen eitrigen Peritonitis dicke membranöse Auflagerungen, umfängliche Verbackungen zwischen den einzelnen Beckenorganen zu finden sind, sodass die Schwere und Ausdehnung der peritonealen Erkrankung vor der Affektion der Adnexe in den Vordergrund tritt."

So zeigen beide Arten der Adnexerkrankung nach dem Gesagten doch generelle Unterschiede, wie sehr sie sich einander in vielen Punkten, sei es aus der Anamnese, sei es aus dem Symptomkomplex, sei es in dem Befunde der bimanuellen Tastung besonders im chronischen Stadium ähneln, ja fast einander decken — ein Grund, weshalb Bumm früher, als man die Tiefenwirkungen des Gonokokkus Neisser noch nicht kannte — seit den Untersuchungen von Touton, Dinkler, Pick, Jadassohn, Wertheim, Menge u. a. besteht darüber kein Zweifel mehr — eine Mischinfektion d. i. eine sekundäre Infektion gonorrhoisch veränderter Gewebe an den Adnexen mit den gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen annahm. — Daher hebt Martin und meines Erachtens mit vollem Recht hervor, dass zwischen anamnestischen Erhebungen und den positiven Befunden oft Divergenzen bestehen können, insofern als die Anamnese viel häufiger zur Annahme einer puerperalen Infektion mit Streptokokken und Staphylokokken führt. Doch wissen wir, besonders aus Wertheims Arbeit über die aszendierende Gonorrhöe beim Weibe, welche Rolle der Gonokokkus bei den entzündlichen Erkrankungen im Wochenbett spielt, dass er der Er-

reger des Spätfiebers im Wochenbett ist, in der Anamnese wohl stets gleich akuten septischen Prozessen nur als krankhaftes Wochenbett schlechthin zu eruieren ist.

Einen charakteristischen Symptomkomplex, wie bei gewissen gynäkologischen Erkrankungen, gibt es für die entzündlichen Adnexerkrankungen nicht. Die mannigfaltigsten Beschwerden sind es, welche solche kranke Frauen in das Sprechzimmer des Arztes führen. Meist beziehen sich die Klagen der Patientinnen auf das Allgemeinbefinden: Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, trübe Gemütsstimmung oder Nervosität, oder mehr auf die Erkrankung hinweisend: Schmerzen im Leibe und im Kreuz, besonders dysmenorrhoische Beschwerden, Fluor, Harndrang, Brennen beim Wasserlassen, Cohabitationsbeschwerden und endlich Sterilität. Diese letzte Klage: Die Kein- oder Ein-Kind-Sterilität, wie sie Sänger nennt, die nur zu oft schon das eheliche Glück in mancher Familie bereits untergraben, ist um so gewichtiger, als die Betroffenen fast ausschliesslich junge Frauen sind, Frauen zwischen dem 20. und 35. Lebensjahre, die in der Blüte ihres Daseins ihrer höchsten Funktion im Geschlechtsleben beraubt werden.

Die Verwirklichung dieser Hoffnung vermag der Radikalismus nie zu erfüllen; er zerstört sie noch vollends. Dies ist vielmehr das Bestreben der konservativen Richtung.

Durch Eröffnung des Abdomens — sei es durch Längsschnitt, sei es durch den suprasymphysären Kreuzschnitt, wie ihn Küstner angegeben — bietet sich erst dem Operateur eine genügende Übersicht und Beurteilung über die Erkrankung der Adnexe, wie sie bei einer anfangs oft so wenig übersichtlichen Adnexoperation unumgänglich notwendig ist.

Diejenigen Adnexaffektionen, welche in der Regel die grösste Schonung der Organe gestatten, sind, wie Küstner sagt, die sekundären Perisalpingitiden und Perioophoritiden. Die Hauptaufgabe der Operation hier muss es sein, die hierbei stets sich findenden Stränge zu beseitigen, die Organe normal zu legen und in Normallage zu fixieren. Um

sodann die Bildung neuer Adhärenzen zu vermeiden, die bei Trennung der Stränge mit gegenüberliegenden Flächen sich bilden können, auch wenn diese noch Peritonealepithel tragen, wie die Versuche von Sänger beweisen, dürfte die Anwendung des Glüheisens am besten sein, das Trennungsflächen schafft, welche nicht wieder verlöten. Die auf Küstners Veranlassung unternommenen Tierversuche von Kelterborn dürften dies zur Genüge bewiesen haben. Ebenso lässt sich die cystische Degeneration der Ovarien durch multiple Punktion mit dem Paquelin behandeln, falls nicht schon das ganze Eierstocksgewebe verloren gegangen und die Entfernung des ganzen Organs das geratenste ist. Tubenverschluss durch Verklebung des Fimbrienendes und mässiger Tubenhydrops, die Hauptursachen der bestehenden Sterilität sind oft bei voller Schonung der Adnexe damit zu beseitigen. Die sogenannte Salpingostomie eröffnet das verschlossene Tubenende und behebt so die Atresie des Eileiters; die Salpingostomatoplastik von Skutsch und Martin angegeben, von letzterem Tubenresektion genannt, eröffnet das ampulläre Tubenende mit dem Paquelin oder durch einen Messer- oder Scheerenschnitt. Eventuell vorhandener Hydrops der Tube wird hierauf entleert und sodann an der eröffneten Stelle, die durch Exzision eines etwa 1 qcm grossen Stückes noch vergrössert werden kann, rings herum Tubenschleimhaut mit Tubenserosa vereinigt.

Dass konservativ-operatives Vorgehen bei solch chronisch entzündlichen Adnexerkrankungen Erfolge betreffs Behebung der Sterilität gezeitigt hat, beweist die Erfahrung. Lawson Tait beobachtete bei 26 Fällen einseitiger vaginaler Adnexexstirpation 3mal Schwangerschaft, Pichevin nach konservativen abdominalen Operationen 4 Graviditäten, Palmer Dudley unter 68 konservativ operierten Frauen 12 Graviditäten, Küstner bei 52 einseitigen Salpingo-oophorectomien 4 Schwangerschaften.

Sind aber die Adnexe doch so hochgradig verändert, dass ein konservatives Vorgehen fast ausgeschlossen er-

scheint, wie bei umfänglichen Tuboovarialcysten, Hydrosalpinx u. a. m., so kann schliesslich doch noch der Operateur die vollständige Kastration der Frau umgehen, indem er der Frau ein, wenn auch kleinstes, Stück Ovarium zu erhalten sucht, wie Martin es zuerst erstrebte. So haben auch alle konservativ operierten Frauen den radikal operierten gegenüber meist noch den nicht zu unterschätzenden Vorteil, keine Ausfallserscheinungen zu haben, die, wie Glävecke zeigt, die Arbeitsfähigkeit in nicht geringem Masse herabmindern.

Von diesen schon mehr chronischen Adnexerkrankungen, bei welchen die Zeichen der frischen Entzündung nicht mehr bestehen und nur noch feste Stränge und Verklebungen und Verdickungen die Residuen alter Entzündungen an den Adnexen kennzeichnen, sind die weniger chronischen, um nicht zu sagen die subakuten Adnexentzündungen, streng zu scheiden sowohl betreffs operativer Behandlung als auch betreffs Indikation dazu. Ich meine diejenigen Fälle entzündlicher Adnexerkrankungen, wo wir in den Adnexen noch flüssigen Eiter vorfinden. Alle akut entzündlichen Adnexerkrankungen dürfen nicht operativ in Angriff genommen werden; hier ist strengste Bettruhe mit flüssiger Diät, Eisblase auf den Leib und Opium zu verordnen; dann erst, wenn die peritonitischen Erscheinungen geschwunden, sind Soolbäder, Leibpriessnitz und schliesslich eine resorptive Behandlung einzuleiten. Für die operative Behandlung dieser Adnexentzündung besteht an unserer Klinik der Grundsatz: Je später, desto besser. Nur dann, wenn die Natur den Weg selbst dazu weist, wenn eine immense Eiteransammlung im Becken, wo also die Differentialdiagnose Exsudat oder Adnextumor doch nicht zu stellen ist, mit einem Durchbruch nach der Scheide oder nach den Bauchdecken droht, dann ist eine Inzision am Platz mit ausgiebiger Drainage, wie Küstner und Graefe von jeher warm empfehlen.

Herrmann glaubt daher, dass in manchen Fällen doch das „längere Warten“ noch nicht lang genug ist und emp-

fiehlt namentlich für die Fälle, wo der Infektionstermin sich mit einiger Sicherheit feststellen lässt, erst nach $^3/_4$—1 Jahr operativ vorzugehen.

Wie die Erfahrung lehrt — die Angaben in der Literatur über letal ausgegangene Spontanrupturen einer Pyosalpinx sind sehr spärlich — kann man bei den eitrigen Adnexentzündungen ruhig warten. Nach Schautas Ansicht kommt die Schwere der Symptome garnicht in Betracht, und schliesslich ist nur der kleinste Teil der Frauen, die deswegen zur Operation kommen, bis dahin ärztlich behandelt worden. Die meisten Operateure, die hierbei dem Radikalismus nicht huldigen, führen die schlechten Dauerresultate darauf zurück, dass Nachschübe von den zurückgelassenen Organen erfolgen; dort sind noch virulente Mikroorganismen vorhanden gewesen, die durch die Operation keineswegs beeinträchtigt, entweder auf der einen Seite ein Stumpfexsudat erzeugen oder auf der anderen Seite zurückgelassene, gesunde Adnexe infizieren. Deshalb gilt hier der Grundsatz des Operierens: Je später, desto besser, damit der Eiter seine gefährliche Wirksamkeit verliert. Denn es ist eine bekannte Tatsache, dass mit der Zeit im menschlichen Körper abgeschlossener Eiter einer regressiven Metamorphose unterliegt und schliesslich zerfällt, sodass man in ganz alten Eitertuben als Überbleibsel nur noch trockene, krümliche, gelbe Massen findet. Dem gleichen Schicksal erliegen die im Eiter enthaltenen Mikroben. Durch die Reaktionserscheinungen des Körpers und die sich bildenden Antitoxine verlieren sie an Virulenz und büssen diese gänzlich ein, sodass es einen Zeitpunkt gibt, wo schliesslich der Eiter mikroskopisch und kulturell steril ist. Wertheim, Menge und Kiefer haben diese Verhältnisse bei den eitrigen Adnexerkrankungen in hervorragender Weise erklärt und bewiesen; Kiefer besonders verdanken wir die näheren Aufschlüsse darüber, wann die Sterilität des Eiters eintritt. Nach seinen Untersuchungen, die weiterhin Bestätigung gefunden haben, erfolgt dies etwa $^3/_4$—1 Jahr nach der Infektion. Wir haben hierin

also einen vorzüglichen Fingerzeig in therapeutischer Hinsicht, den Zeitpunkt unseres operativen Vorgehens so zu wählen, damit nicht durch eine neue Entzündung, ausgehend von noch verhandenen virulenten Bakterien, das Resultat unserer Operation getrübt werde. In vielen Fällen von eitrigen Adnexentzündungen werden wir so Keimfreiheit des Eiters wohl mit Sicherheit vermuten können; viele Fälle aber werden uns auch entgegentreten, wo uns die Anamnese völlig im Stich lässt und wir keinen Anhalt für den Infektionstermin finden können. Dies wird um so eher geschehen, weil im Wochenbett die aszendierende Gonorrhöe latent, fast symptomlos verläuft, und oft ihr Auftreten weit ausserhalb der Dauer des Wochenbettes und der Beobachtung fällt.

Früher glaubte man, in dem Verhalten der Temperatur bei eitrigen Adnexerkrankungen einen Hinweis auf die Art des Infektionserregers zu haben. So wollte Zweifel in Beziehung der Ätiologie vier verschiedene Formen trennen und auf wichtige Verschiedenheiten des Verlaufs hinweisen können. Bei den Streptokokken und der Kapselkokken-pyosalpinx war oft, ja in 2 Fällen regelmässiges allabendliches, stark remittierendes Fieber, mit einem Worte Eiterfieber vorhanden. Bei der Tbc.-pyosalpinx flammte das Fieber von Zeit zu Zeit auf. Hierin besteht ein Unterschied der gonorrhoischen Pyosalpinx in ihrem akuten Stadium. Die Kranken mit Trippereiter in den Tuben haben, ruhig im Bett liegend, gewöhnlich gar kein Fieber; werden sie aber in Narkose untersucht, oder strengen sie sich etwas körperlich an, setzen sie sich „mechanischen Insulten“ aus, dann schnellt die Körpertemperatur auf einmal in die Höhe, um von selbst in kurzer Zeit wieder abzufallen. Niemals ist bei der gonorrhoischen Pyosalpinx eine Schwellung der Inguinaldrüsen vorhanden, in der Regel dagegen bei den pyogenen Infektionen.

Schauta jedoch wies an seinem Material nach, dass der Verlauf der Temperatur keinerlei Schlüsse, weder auf die Art des Infektionserregers noch auf die Infektiosität

resp. die Virulenz der die Eiterung unterhaltenden Bakterien erlaube; v. Winckel konnte die gleiche Erfahrung machen, und Veit erklärt, dass bei allen diesen Formen regelmässige Temperatursteigerungen fehlen können, ja garnicht vorhanden zu sein brauchten. Menge konnte mit Zahlenwerten den Nachweis führen, dass diese Schlüsse aus der Temperatur mehr oder weniger illusorisch seien. Konnte er doch an einzelnen Fällen den Beweis erbringen, dass sogar bei mit Sicherheit sterilem Eiter Temperaturen verschiedenster Dauer gelegentlich vorhanden sein könnten. Betreffs der Lebensdauer der in Frage stehenden Mikroorganismen wissen wir, dass in solch abgeschlossenen Eiterhöhlen die Gonokokken zunächst zugrunde gehen, länger jedoch die Staphylokokken und Streptokokken ihre Virulenz behalten. Da nunmehr die überwiegende Zahl der mit Eiter erfüllten Eileitersäcke gonorrhoischen Ursprunges ist und vermöge der typischen „Rosenkranzform" bei bimanueller Tastung die Diagnose „eitrige Adnexentzündung" wohl unschwer gestellt werden wird, so werden wir bei der kurzen Lebensdauer der Gonokokken, meist bei der Operation schon sterilen Eiter mit Sicherheit erwarten können. Anders muss dieser Nachweis bei eitrigen Adnexentzündungen sein, die auf puerperal septischer Basis beruhen. Hier, wo wir bei der langdauernden Lebensfähigkeit der Staphylo- und besonders Streptokokken fürchten müssen, noch virulente Mikroorganismen anzutreffen, fällt es uns oft schon sehr schwer, mit Bestimmtheit sagen zu können, ob in den durch Palpation erkannten Adnextumoren überhaupt Eiter vorhanden ist, geschweige denn auf den ätiologischen Faktor desselben zu schliessen. Sehr wertvolle Aufschlüsse hierin und eventuelle Fingerzeige für den Gang der Operation schienen gegeben durch die Verwertung eventuell vorhandener Indikanurie nach Keilmanns Vorschlag, der allerdings heute nicht mehr, wie neuere Untersuchungen dartun, den Wert voller Beweiskraft hierin beanspruchen dürfte. Ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel ist die von Landau empfohlene Probepunktion von der

Vagina aus, in geeigneten Fällen auch von den Bauchdecken aus, da sie uns nicht nur Aufschluss über das Vorhandensein von Eiter geben kann, sondern durch Untersuchung des Eiters selbst über die Qualität und Virulenz eventuell vorgefundener Mikroben. Wenn nun die Punktion im Landau'schen Sinne ausgeführt worden ist, aber doch keinen Eiter ergeben hat, oder aus irgend einem Grunde die Punktion unterlassen werden musste, so muss man, meine ich, in derartigen Fällen dem Vorschlag Schautas folgend, sich doch unter allen Umständen während der Operation volle Gewissheit über die Qualität des Eiters mittelst Mikroskop verschaffen, ein für jeden Operateur leicht ausführbares diagnostisches Hilfsmittel, das — wie Küstner schon lange immer und immer wieder betont — eine direkte Notwendigkeit und, wenn in zweifelhaften Fällen nicht ausgeführt, eine grobe Unterlassungssünde wäre. Wertheim lässt sich „über die Durchführbarkeit und den Wert der mikroskopischen Untersuchung des Eiters endzündlicher Adnextumoren während der Laparotomie" ausführlicher aus. Denn, „wir können die Exstirpation eines Eitertumors nur dann aseptisch durchführen, wenn der Eiter keine septischen Bakterien enthält, alle anderen Fälle haben wir als nicht aseptisch zu betrachten. Wäre es nun möglich diese beiden Kategorien von Fällen schon vor der Operation zu entscheiden, so wäre dies von grossem Vorteil. Bei den Eitertumoren mit ungefährlichem Inhalt hätten wir eine Infektion vom Entzündungsherd aus überhaupt nicht zu befürchten; in jenen Fällen aber, in welchen wir septische Bakterien diagnostiziert haben, müssten wir Schutzmittel gegen die Gefahren der Propagation derselben anzuwenden trachten. Von diesem Gesichtspunkte aus schlug Schauta anfangs die zweizeitige Operation vor; jedoch ist diese nur anwendbar in jenen relativ seltenen Fällen, in denen die Eitertumoren infolge ihrer Grösse dem parietalen Peritoneum ganz nahe liegen. Das Auswaschen des Abdomens mit antiseptischer Flüssigkeit nützt hierbei auch nicht, da es als klinische Tatsache bei den meisten

Operateuren feststeht, dass eher hierdurch nur noch eine weitere Verschleppung von Keimen nach entfernten Gebieten erfolgt. Vorteil dagegen bietet das trockene Austupfen des Eiters und die Reinigung des Peritoneum von Blut und Eiter, was ein jeder Operateur instinktiv macht. Das Einzige, was bei geschehener Aussaat von Infektionskeimen in Betracht kommen kann, ist die offene Wundbehandlung. So wenig wir irgend eine infizierte Wunde oder Gewebshöhle nach aussen hin vollständig abschliessen, so wenig ist dies für die infizierte Peritoncalhöhle angezeigt. Hier muss sodann die offene Wundbehandlung eintreten mit ihrer Ableitung des Sekretes nach aussen, d. h. Drainage mit Jodoformgaze nach v. Mikulicz.

Die Hauptsache ist und bleibt also, die eitrigen Adnexentzündungen zu operieren: je später desto besser, im mehr chronischen Stadium, wenn der Eiter „als harmloser Saft" keine Komplikation für den Verlauf der Operation mehr darstellt. Dann brauchen wir in ihm keine Anzeige zur Drainage erblicken, wenden diese vielmehr nur dann an, wenn wir nach schwerer Adnexoperation infolge Trennung ungeheurer und flächenhafter Verwachsungen bei der Toilette keine absolute Blutsicherheit erzielen können und ferner bei Darmverletzungen, wie sie bei Adnexoperationen naturgemäss öfters vorkommen können; in letzterem Falle wird stets, auch wenn diese, wie selbstverständlich, durch Naht abgeschlossen sind, die weitere Behandlung natürlich die dauernd offene sein. Wenn aber lediglich infolge nicht zufriedenstellender Blutstillung der Mikulicz-Tampon nötig war, so werden wir nach 24 Stunden, spätestens nach 48 Stunden den Tampon wieder entfernen und das Abdomen durch sekundäre Naht schliessen können.

Die Drainage ist selbstverständlich möglichst einzuschränken, da die Stelle des Tampons als locus minoris resistentiae später des Zustandekommen eines Bauchbruches begünstigt, also den Operationserfolg stark herabmindert.

An dieser Stelle dürfte es daher nicht unangebracht sein, auf die Erfolge dieser Operation überhaupt näher ein-

zugehen, was in folgendem Gegenstand der Betrachtung sein soll.

Bei der Beurteilung der Heilerfolge nach solchen Operationen muss man zwischen unmittelbaren Heilresultaten und einer Dauerheilung nach Jahr und Tag unterscheiden. Denn nicht die technische Vollendung der Operation allein, ein ungestörtes Rekonvaleszenzstadium und zweckmässige Nachbehandlung garantieren für den Erfolg des operativen Eingriffes, sondern es bedarf noch einer längeren Zeit weiterer Beobachtung, bis man in der Lage ist, über den Grad der definitiven Heilung ein zuverlässiges Urteil abzugeben. Unter den Begriff der Heilung — subjektiv wird nach der Individualität des einzelnen der Begriff gar sehr verschieden sein — müssen wir zunächst rechnen die Erfüllung der Hoffnung, die die Kranke zur Operation bewogen hat; das ist vor allem Befreiung von den Schmerzen, die das Leiden mit sich brachte, dann aber auch bei so mancher der Wunsch, ihr Sehnen nach Nachkommenschaft nunmehr verwirklicht zu wissen.

Bei der Beurteilung des Dauererfolges der Operation, nachdem seit dieser mindestens schon 1—2 Jahre verflossen sind, fragen wir, wie steht es mit der Arbeitsfähigkeit — Heilung — Besserung — oder kein Erfolg? Denn nach bestgelungener Operation und einwandsfreier Rekonvaleszenz können sich später verschiedene Beschwerden bei der Operierten einstellen, die die Arbeitsfähigkeit gewaltig herabdrücken. So werden solche Patientinnen, bei denen, wie bei der Entlassung ja meist schon festgestellt werden wird, infolge irgendwelcher Ursachen ein Stumpfexsudat geblieben oder irgendwelche perimetritische Erscheinungen aufgetreten sind, immer noch, wenn auch geringe Schmerzen in Leib und Kreuz zu beklagen haben.

Ferner wird uns die Frage nach der menstruellen Blutung, falls solche nicht durch die Operation sistieren müsste, interessieren. Ist die Periode regelmässig, sind dysmenorrhoische Beschwerden vorhanden, oder treten gar

Blutungen unter der Zeit auf. Letzteres ist wohl das wichtigste; denn es ist ein Vorwurf, den die radikalen Operateure besonders gern ins Feld führen, als Grund, weshalb der Uterus mit exstirpiert werden müsse. Schliesslich sind es noch die Ausfallserscheinungen, die bei der Frage der Arbeitsfähigkeit mitsprechen, Erscheinungen, die manche Frauen als das Opfer für die Befreiung von den lästigen Schmerzen mit in Kauf nehmen mussten, weil es dem Operateur unmöglich war, von den erkrankten Adnexen ihr eine Keimdrüse oder auch nur ein Stückchen davon zu belassen.

Glaevecke unterscheidet hierbei zwei Arten von Erscheinungen:

1. die Molimina menstrualia und
2. die Molimina klimakteria.

Die ersteren sind Beschwerden, welche zur Zeit der nicht wiederkehrenden Periode eintreten, letztere dagegen, welche in der menstruationsfreien Zeit sich zeigen. Die menstruellen Beschwerden sind charakterisiert durch Leib- und Kreuzschmerzen, Übelkeit, Gefühl der Völle, Kopfschmerzen u. a. m., während die klimakterischen besonders in Hitzegefühl, Blutwallungen nach dem Kopf, Schweissen, Schwindelgefühl bestehen. Die Symptome beider Arten sind nicht immer scharf zu trennen, häufig nur kann man das feststellen, dass die Molimina klimakteria zu der Zeit, in welcher die Menstruation hätte auftreten sollen, sich wesentlich steigern. Wie jedoch die Erfahrung lehrt, sind diese Ausfallsbeschwerden individuell sehr verschieden sowohl in der Stärke wie in der Dauer. Auch wird hierbei das Gefühl der Arbeitsfähigkeit von der allgemeinen Disposition, resp. der Labilität des Nervensystems, wenn ich so sagen darf, abhängig sein. Ende des vorigen Jahrhunderts suchte man durch die Organotherapie, um welche sich besonders Leopold Landau verdient gemacht hat, die Ausfallserscheinungen zu mildern. Und in der Tat beeinflusst die regelmässige, eine zeitlang fortgesetzte Darreichung von Eierstockssubstanz von Tieren in Form von Tabletten die Ausfallserscheinungen insofern günstig, als

die Anfälle immer schwächer und seltener auftreten, um schliesslich ganz zu verschwinden.

In letzter Linie kommt hinsichtlich des Dauererfolges, der Arbeitsfähigkeit der Frau, noch die Frage der Bauchnarbe in Betracht, was früher sehr im Vordergrund stand und dem vaginalen Wege viel den Vorzug verschaffte. Seitdem wir aber wissen, dass das Entstehen einer Hernie auf eine Dehiscenz der Fascien zurückzuführen ist, haben wir Methoden gelernt, welche die Gefahr einer Hernie fast ausschliessen. Eine exakte Fascienbauchnaht, wie sie Küstner seit Jahren durch die vorzügliche Achternaht macht, und die von Küstner angegebene Methode des suprasymphysären Kreuzschnittes lassen das Entstehen eines Bruches im Bereich der Laparotomienarbe zu den Seltenheiten gehören.

Im Anhange sind die Krankengeschichten der Adnexoperationen aus der Breslauer Universitäts-Frauenklinik und zwar der vier Jahrgänge 1897/98 bis 1900/01 zusammengestellt. Es wurden im ganzen 181 Fälle operiert. Bei 177 Fällen davon wurde zwecks Adnexkorrektur die Laparotomie vorgenommen, wobei 39mal der suprasymphysäre Kreuzschnitt gemacht wurde.

In 4 Fällen wurde die Operation auf vaginalem Wege installiert zwecks Totalexstirpation des Uterus samt Adnexen, wobei einmal Carcinom des Uterus mit die Indikation dazu bot. Jedoch nur in einem Falle wurde die intendierte Totalexstirpation samt den Adnexen ausgeführt; in den übrigen 3 Fällen wurde der Uterus nur mit den Adnexen der einen Seite exstirpiert; infolge fester Adhäsionen mit der Umgebung und dem Darm war es nicht möglich, die Adnexe der anderen Seite herabzuziehen und abzubinden, eine Komplikation, die auf vaginalem Wege sich nicht so selten einstellen dürfte.

Was die Ätiologie dieser 181 Fälle anbetrifft, so sind darunter 8, wo, wie die Operation noch mit evidenter Sicherheit feststellte, die Erkrankung der Adnexe auf tuberkulöser Infektion beruhte.

Die übrigen 175 Fälle sind teils gonorrhoischer, teils puerperalseptischer Natur und zwar sind 58 Fälle darunter, bei denen während der Operation Eiter vorgefunden wurde. Hierbei sind die 34 Fälle eitriger Adnexentzündungen aus den Jahrgängen 1897/98 und 1898/99 mit inbegriffen, die bereits Herrmann bearbeitet und veröffentlicht hat.

Die Anamnese der 8 Fälle tuberkulöser Adnexentzündung bietet nichts aussergewöhnliches ausser der hereditären Belastung bei einigen Patientinnen. Bei 3 Fällen, Fall 11 1898/99, 3 1900/01, 40 1900/01, schien die Tuberkulose auf die Genitalien sich anscheinend zu beschränken. Jedenfalls war, wie bei der Operation festgestellt wurde, das übrige Peritoneum und Intestinum vollkommen frei. Hieraus jedoch auf eine primäre Genitaltuberkulose schliessen zu wollen, liegt mir vollkommen fern, da hierbei die Krankengeschichten über den allgemeinen Status zu mangelhaft berichten. Interessant erscheinen diese 3 Fälle aber deshalb, weil wir besonders bei den beiden ersten über einen guten Dauererfolg nach 4 bezw. 6 Jahren mit Sicherheit berichten können. Fall 11 1898/99, bei dem wegen evidenter Tuberkulose des Uterus und beider Adnexe die Totalexstirpation per laparotomiam gemacht wurde, befindet sich, wir sie Anfang dieses Jahres auf unseren Fragebogen hin mitteilte, vollkommen beschwerdefrei und gesund, sodass sie sogar in allernächster Zeit noch heiraten wird. Fall 3 1900/01, bei welchem wegen kleiner Tuberkelprominenzen auf der verdickten linken Tube die linken Adnexe entfernt wurden und bei der Entlassung links eine kleine Resistenz, rechts druckempfindliche Adnexe zu konstatieren waren, stellte sich im Januar 1904 zur Nachuntersuchung vor. Sie war post operationem beschwerdefrei, die Menstruation regelmässig, seit der Operation hat sie bereits zweimal spontan geboren und war jetzt wieder im V. Monat gravid.

Der dritte Fall, 40 1900/01, wo die Tuberkulose auch auf die Genitalien anscheinend beschränkt war, zeigte weniger gutes im Erfolg. Patientin hatte bei der Entlassung einen etwa pflaumengrossen, linksseitigen Adnexbefund, der

etwa 1 Jahr nachher noch vorhanden und wenig empfindlich war. Im allgemeinen fühlte Patientin sich beschwerdefreier und gebessert durch die Operation.

Bei den übrigen 5 Fällen war die Tuberkulose bereits viel weiter vorgeschritten und hier lag zweifellos eine sekundäre Infektion der Genitalien vor, wie der bei der Operation erhobene Befund unzweideutig erkennen liess.

Bei Fall 27 1900/01 wurde die Totalexstirpation samt den Adnexen per vaginam intendiert; wegen hoher, fester Adhäsionen musste man jedoch von der Entfernung der linken Adnexe absehen. Patientin ist, wie sie Anfang dieses Jahres mitteilte, im allgemeinen beschwerdefrei, Menstruation ist nicht mehr aufgetreten. Die Tuberkulose, die mit Sicherheit festgestellt werden konnte, scheint demnach sehr langsam Fortschritte zu machen.

Fall 1 1898/99, bei welchem die Adnexe mit Ausnahme des halben linken Ovarium entfernt worden waren, zeigte schon in der Rekonvaleszenz das Bestehen der allgemeinen Infektion durch das Auftreten typischer, steiler Kurven und heftiger Diarrhöen. Patientin wurde in sehr desolatem Zustande auf ihren Wunsch hin entlassen.

Die noch übrigen 3 Fälle von Tuberkulose der Genitalien, von denen Fall 29 1897/98 bereits Ascites aufwies, der nur abgelassen wurde, kamen ad exitum. Letztgenannter am 38. Tag post operationem infolge allgemeiner Miliartuberkulose und Pneumonie, Fall 20 1899/00, bei welchem die supravaginale Amputation des Uterus und die Entfernung der Adnexe vorgenommen wurde, infolge Perforation eines tuberkulösen Ulcus im Jejunum. Der letzte Fall, bei welchem die Adnexe beiderseits entfernt und infolge Ileuserscheinungen das Abdomen nochmals geöffnet und drainiert wurde, starb am 3. Tage post operationem an Peritonitis (Saphylococcus aureus).

173 Fälle der operierten Adnexentzündungen sind, wie schon gesagt, ätiologisch auf Gonorrhöe oder eine puerperal-septische Infektion zurückzuführen.

Die gonorrhoische Infektion steht dabei bei weitem im Vordergrund, wie aus den Daten der Anamnese meist schon zu ersehen ist. Die für eine überstandene Gonorrhöe charakteristischen Symptome, nämlich Brennen beim Wasserlassen, häufiger Urindrang, früher starker gelber Fluor, diese Klagen gibt fast jede zweite Frau in der Anamnese an. Ferner dass gerade ein Drittel der gesamten Zahl, also 58 dieser Frauen noch portionis virgines sind, lässt auch fast mit Sicherheit den Gonokokkus als den Krankheitserreger erraten. Ebenso war in vielen der Fälle durch die digitale Exploration, wie die angeführten Untersuchungsbefunde beweisen, die Diagnose: gonorrhoische Salpingo-oophoritis unschwer zu stellen, was obendrein der Operationsbefund bestätigte und vervollständigte. Die meisten der operierten 58 eitrigen Adnexentzündungen wiesen die für Gonorrhöe typische Rosenkranzform der Tube, bezw. der Adnexe auf. Wie die mikroskopische Untersuchung des Eiters, die stets während der Operation vorgenommen wurde, zeigte, war 34mal der Eiter steril ohne Bakterien. In 23 Fällen wurden Mikroorganismen konstatiert und zwar 6mal Gonokokken, darunter 3mal in Degenerationsformen, 8mal Kokken meist Diplokokken, 9mal andere Bakterien in kleinen Ketten, 2mal mit Sicherheit Streptokokken. Aus diesen Angaben dürfte zur Genüge die Wichtigkeit und unbedingte Notwendigkeit der Eiteruntersuchung während der Operation hervorgehen. Für den weiteren Gang der Operation und Schluss derselben — Bauchnaht oder Drainage — ist diese Gewissheit von unverkennbarem Einfluss. So konnte auch bei unseren Fällen 37mal, wo die Untersuchung das vorgefundene eiterähnliche Sekret als „harmlosen Saft“ erwies und sonst keine Kontraindikation bestand, mit gutem Gewissen das Abdomen sofort geschlossen werden ohne jede üble Nachwirkung für die Rekonvaleszenz der operierten Frau. Ausser bei virulentem Eiterbefund wurde ferner in 6 Fällen, wo bei der Lösung der verbackenen Adnexe eine tiefgehende Läsion des Darmes erfolgt war, die Drainage und weiterhin die offene Behand-

lung eingeleitet, eine Indikation, die zu den chirurgischen Grundprinzipien gehört.

Schliesslich wurde noch wegen Unsicherheit in der Blutstillung in 14 Fällen eine vorübergehende Tamponade auf 24, höchstens auf 48 Stunden vorgenommen und dann meist durch sekundäre Naht geschlossen. Denn gerade bei solchen komplizierten Adnexoperationen, wo massenhaft teils frische, teils alte Adhäsionen zu lösen sind, lässt sich zuletzt bei der Toilette der Bauchhöhle eine ideale Blutsicherheit oft nicht erzielen. Die zarten, frischen Adhäsionen bluten gewöhnlich nicht lange, da hier die Gefässchen sich bald retrahieren und so die Blutung steht. Dagegen aus den älteren Adhäsionssträngen, in welchen bereits grösser kalibrierte Gefässe verlaufen, blutet es dann meist, wenn auch geringfügig, aber doch längere Zeit anhaltend. Dies aber gemäss der Beobachtung während der Operation beurteilen zu können und zu entscheiden, ob man das Abdomen doch schliessen darf, das ist die Frucht reifer Erfahrung, hängt aber auch zum Teil von der Individualität des Operateurs ab. Jedenfalls aber entschliesst man sich zu einer vorübergehenden Tamponade wegen Unsicherheit in der Blutstillung, so darf diese nicht viel länger als 24, höchstens auf 48 Stunden ausgedehnt werden, eine Zeitphase, die vollkommen hinreicht, diese kleinen Gefässe zur Thrombosierung zu bringen. Denn auch ein länger Liegenlassen der Tamponade bietet sodann für einen glatten Verlauf nach vollzogener Sekundärnaht um so weniger Garantie, als immer die Möglichkeit bestehen kann, dass längs des tamponierenden Gazestreifens doch mit der Zeit Mikroorganismen, wenn auch vielleicht keine pathogenen, ins Abdomen gelangt sein können.

Adnexerkrankungen, auf puerperal septischer Basis entstanden, sind unter unseren Fällen auch zahlreich vertreten. Ihnen ist die Anamnese eigen, dass gleich im Anschluss an einen Partus oder einen Abort Fieber auftrat und nicht erst am 8. bis 10. Tage wie das gonorrhoische Spätfieber. Seitdem auch datieren ihre Schmerzen im Unterleibe meist

auf einer Seite, der starke Ausfluss und die Mattigkeit und allgemeine Schwäche. Die Betroffenen sind Frauen jeder Altersklasse, die im Gegensatz zu den gonorrhoisch Infizierten zumeist schon mehrere Schwangerschaften hinter sich haben. Die bimanuelle Tastung konstatierte meist verbackene Adnexe, die dicht am Uterus lagen, der obendrein auch in falscher Position fixiert lag. Das Bild, welches bei der Operation in typischer Weise sich uns darbot, zeigte, dass zwischen Tube, Ovarium, Uterus und Darm massenhaft filamentöse Stränge verliefen, welche die Organe untereinander und mit der Umgebung verbacken fixiert hielten. Das Tubenrohr selbst war auffallend starr, zeigte jedoch im Verlauf nirgends knötchenförmige Verdickungen, wie sie für Gonorrhöe allein charakteristisch sind.

Puerperal septische Adnexerkrankungen, bei welchen in operatione noch flüssiger Eiter vorgefunden wurde, sind im allgemeinen weniger häufig als die gonorrhoischen Pyosalpingitiden.

Der Verlauf bei den angeführten 173 Operierten — die 8 Tuberkulosefälle sind gesondert bereits besprochen — ist folgender:

Es starben 5 Frauen und zwar 1 an Urämie, 2 an Sepsis, 1 an Nachblutung und 1 an Herzinsufficienz.

Der Exitus an Urämie, Fall 42 1898/99, erfolgte 3 Tage p. op. Wie der angeführte Sektionsbefund zeigt — Konkrementausgüsse in beide Nierenbecken, Ureteren stark dilatiert, Ureterverschluss durch Steine —, ist die Todesursache einzig und allein Urämie, die mit der Operation direkt nicht in Konnex zu bringen ist. Ferner ist Fall 54 1900/01, der am 4. Tage p. op. wegen Herzinsufficienz starb, auszuschliessen. Der autoptische Befund bestätigte die klinische Diagnose vollkommen.

Jedenfalls, und das scheint mir besonders hervorzuheben zu sein, fand sich im Abdomen nicht die geringste Spur von Eiter, fibrinöser Beläge, sowohl das parietale wie viscerale Peritonalblatt war glatt, glänzend und spiegelnd.

Demnach kommen bei den 171 Fällen 3 Todesfälle in Betracht, was eine Mortalität von 1,76% ergibt.

Darunter sind 16 Fälle, die drainiert wurden, davon starb einer an Sepsis; von den meistens wegen Blutung für 24 bis 48 Stunden tamponierten 15 Fällen starb kein einziger. Unter den jetzt in Betracht kommenden 169 Fällen war bei 110 — 16 mit Eiterbefund — der Verlauf p. op. fieber- und vollkommen einwandsfrei. Ein weiterer Fall war in der Konvaleszenz durch eine hinzutretende Pneumonie kompliziert. Die übrigen 58 Fälle verliefen fieberhaft, darunter sind 23, bei welchen Eiter in operatione vorgefunden wurde. Als Fieber im Zusammenhang mit der Operation ist jede Temperatursteigerung über 38° und zwar in den ersten Tagen p. op. gerechnet.

Betrachten wir nunmehr die operativen Eingriffe als solche. 67mal wurden beiderseits die stark pathologisch veränderten Adnexe entfernt, wobei es nur in 6 Fällen dem Operateur möglich war, der Frau wenigstens ein Stückchen eines Ovariums zu belassen. In 13 Fällen wurden die Adnexe der einen Seite ganz, auf der andern Seite nur die Tube entfernt, so dass die Frauen ein ganzes Ovarium behielten.

Bei 91 Frauen wurde die einseitige Salpingo-oophorectomie vorgenommen und zwar 51mal links, 40mal rechts. Die Salpingostomatoplastik wurde 21mal gemacht, darunter in 2 Fällen doppelseitig. Ausserdem wurde 1mal auf beiden Seiten, 2mal nur auf der einen Seite die verschlossene Tube mit dem Paquelin eröffnet. Bei 66 Frauen wurde zugleich der Uterus ventrifixiert.

Die meisten Frauen waren bei ihrer Entlassung im allgemeinen beschwerdefrei, nur wenige hatten noch geringe Klagen. 2 wurden als gebessert entlassen, die eine Frau hatte noch eine kleine Bauchdeckenfistel, die andere einen rechtsseitigen Adnextumor, der bei der vaginalen Totalexstirpation nicht entwickelt werden konnte.

Zwei wurden direkt als ungeheilt entlassen und zwar auf eigenen Wunsch hin, die Beschwerden waren dieselben geblieben. (Fall 1 1898/99 und 35 1899/00.)

Bei etwa 20 Frauen wurde bei der Entlassung eine kleine Resistenz, Stumpfexsudat, oder gering empfindliche Adnexe konstatiert, was jedoch den Trägerinnen im allgemeinen keine nennenswerten Beschwerden verspüren liess.

Einige der hier angeführten Frauen wurden späterhin, wie zum Teil die Nachforschung ergab, nochmals operiert. So wurde bei Fall 27 1897/98, bei welchem wegen doppelseitiger Hydrosalpinx die Salpingo-oophorectomia sinistra und Salpingectomia dextra gemacht worden war, im November 1899 die Exstirpation des Uterus und des rechten Ovarium per vaginam vorgenommen, wobei zugleich eine Tuberkulose der Genitalien und des Peritoneums konstatiert wurde.

Bei Fall 41 1897/98, bei welchem hier die rechten Adnexe entfernt worden waren und geheilt entlassen wurde, trat später eine linksseitige Adnexerkrankung auf, weshalb ausserhalb sodann die Totalexstirpation des Uterus und der linken Adnexe per vaginam vorgenommen wurde. Im Januar 1904 stellte Patientin auf unsere Aufforderung hin sich vor, sie klagte über heftige Ausfallserscheinungen.

Ferner wurde bei einer Frau, Fall 19 1899/00, wegen linksseitiger Tuboovarialcyste die Entfernung der linken Adnexe vorgenommen, nachdem bei ihr früher (Fall 27 1898/99) die Salpingo-oophorectomia dextra und linksseitige Salpingostomaplastik gemacht worden war. Desgleichen wurden bei Fall 42 1900/01 die rechten Adnexe später entfernt, nachdem 1898/99 Fall 9 die Salpingo-oophorectomia sinistra mit Bauchdrainage vorgenommen worden war.

Endlich teilte uns eine Patientin mit, die früher (Fall 13 1900/01 Salpingo-oophorectomia dextra, Ventrifixura uteri) hier operiert worden war, dass sie später wegen auftretenden Blutungen nochmals einer Operation sich habe unterziehen müssen; welcher Art, sei ihr aber unbekannt. Sie sei jetzt gesund und beschwerdefrei.

Um ein Urteil über den Dauererfolg der in den 4 Jahrgängen vorgenommenen Adnexoperationen zu gewinnen, wurden Anfang dieses Jahres Nachuntersuchungen bezw. Umfragen nach dem Befinden der Operierten eingeleitet.

Von 172 noch Lebenden konnten 78mal Nachrichten über den späteren Gesundheitszustand eingeholt, bezw. Untersuchungsbefunde erhoben werden.

6 Frauen teilten mit, dass sie immer noch über heftige Beschwerden wie vor der Operation zu klagen hätten, so dass sie krank und arbeitsunfähig seien. Einige derselben haben sich, wie ja schon erwähnt, deshalb einer zweiten Operation unterziehen müssen. Rechnen wir diese letzteren auch mit, so ergibt sich in 7,69 % der Erfolg der Adnexoperationen als negativer.

59 Frauen sind mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden und fühlen sich vollkommen arbeitsfähig. Das ergibt also als einen positiven Erfolg der Adnexoperationen betreffs Dauerresultat — denn bereits 4 bis 7 Jahre sind seit der Operation verflossen — ein Prozentsatz von 75,6 %.

Die übrigen 13 Frauen fühlen sich nach der Operation in ihrem Befinden wohl gebessert und arbeitsfähig, jedoch haben sie zeitweise immer noch, wenn auch geringe Beschwerden, die sie an ihr altes Leiden erinnern. 12 von diesen Frauen wollen zeitweise an Ausfallserscheinungen, bestehend grösstenteils in Blutwallungen nach dem Kopf und Schwindelgefühl meist verbunden mit Schweissausbruch, gelitten haben. Über die Hälfte dieser Frauen jedoch gesteht zu, dass diese Beschwerden allmählich im Abnehmen begriffen sind und ihre Arbeitsfähigkeit nur wenig jetzt herabmindert. 2 Frauen, die nach der Operation Oophorintabletten bekamen, sind jetzt frei von jeglichen Ausfallserscheinungen.

Bei 6 Frauen, bei welchen, wie das Operationsprotokoll mitteilt, beiderseits die Adnexe entfernt wurden, hat sich nach der Operation eine zeitlang immer noch die periodische Blutung regelmässig gezeigt. Sie waren frei von Ausfallserscheinungen, sodass die Annahme wohl berechtigt ist, dass irgend ein Stück Ovarium unabsichtlich zurückgeblieben ist. Dass ein Zurücklassen eines nur kleinen Ovarialstumpfes vollkommen genügt, die Periode zu er-

halten und die Frau vor Ausfallserscheinungen zu bewahren, zeigt Fall 36 1897/98.

Die Menstruation ist bei 16 Frauen, bei denen die Adnexe der einen Seite entfernt worden waren, regelmässig und beschwerdefrei, bei einer ist die Periode zwar unregelmässig, jedoch frei von Molimina. Nur 7 Frauen gaben an, dass nach der Operation die regelmässig eintretende Menstruation mit geringen Beschwerden verbunden sei, die aber nur von kurzer Dauer und erträglich seien.

Bei Fall 17 1898/99 und 13 1900/01 traten nach der Entlassung ziemlich starke, profuse Blutungen auf, sodass sie sich wieder in ärztliche Behandlung geben mussten.

Eine Schwangerschaft ist in zwei Fällen nach der Operation eingetreten, bei der die Adnexe der einen Seite exstirpiert worden waren. Es sind dies die Fälle 14 1899/00 und 52 1900/01. Ein dritter Fall, bei welchem Gravidität zu wiederholten Malen nach der Operation eintrat, ist unter den Fällen von Tuberkulose bereits besprochen worden.

Die Salpingostomatoplastik, die meist neben der einseitigen Salpingo-oophorectomie vorgenommen wurde, zeigte in einem Falle, 3 1899/00, vielleicht Erfolg. Die Frau teilt mit, seit der Operation zweimal konzipiert, jedoch beide Male abortiert zu haben. Von anderen in gleicher Weise Operierten erhalten wir die spätere Mitteilung, dass zwar eine Schwangerschaft nicht eingetreten sei, sie sonst aber mit der Operation in jeder Weise zufrieden wären. Bei Fall 27 1898/99 entwickelte sich auf der Seite, wo die Salpingostomatoplastik gemacht worden war, eine Tubo-ovarialcyste, die später cf. 19 1899/00 operiert wurde.

Mit Rücksicht darauf, dass bei 4 Frauen mit entzündlichen Adnexerkrankungen, bei welchen die konservative Operationsmethode, wie sie an hiesiger Klinik für gewöhnlich geübt wird, noch nachträglich Schwangerschaft eintrat, dürfte bei der Fragestellung, ob die konservative oder ob die radikale Methode am Platze sei, für den epikritischen Beurteiler die erste in engste Wahl kommen lassen.

Tabellarische Zusammenstellung

der in

der Breslauer Universitäts-Frauenklinik in den vier Jahrgängen 1897/98, 1898/99, 1899/00, 1900/01

ausgeführten

Operationen

bei

chronisch-eitrigen resp. entzündlichen Adnex-erkrankungen.

Gesamtzahl 181.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
	1897/98.	
1.	J.-No. 5. A. F. 29 Jahre alt, 4 Jahre verheiratet, eine Geburt, 2 Aborte, letzte vor einem Jahre, danach 10 Wochen krank mit Fieber. Seitdem stechende Schmerzen in beiden Seiten des Leibes, besonders rechts. Seit 6 Jahren Fluor, Menstruation regelmässig.	Uterus scharf anteflektiert, rechte Tube im isthmischen Teil verdickt, links Adhäsionen.
2.	J.-No. 37. L. F. 35 Jahre alt, 6 Jahre verheiratet, 3 Geburten. Seit der ersten Geburt vor 5 Jahren fühlt Pat. sich krank, Schmerzen in der rechten Seite. Menstruation regelmässig.	Uterus retrovertiert, hinten geringe, leicht zerreissbare Adhäsionen, rechtes Ovarium cystisch vergrössert, links Perioophoritis adhäsiva.
3.	J.-No. 43. A. S. 24 Jahre alt, 3 Jahre verheiratet, eine Geburt vor 3 Jahren. Seitdem Schmerzen im Leibe, besonders bei der 5 bis 14 Tage anhaltenden profusen Periode. Fluor, Brennen beim Wasserlassen.	Uterus anteflektiert, beiderseits faustgrosser Adnextumor.
4.	J.-No 116. P. F. 47 Jahre alt, 22 Jahre verheiratet, 5 Partus, Wochenbetten gut. Vor $^1/_2$ Jahre Inzision eines retrouterinen Tumors, dessen Punktion Eiter ergeben hatte. Drainage, Menstruation regelmässig, alle 3 Wochen. Seit kurzer Zeit Schmerzen.	Beiderseits verbackener Adnextumor
5.	J.-No. 119. H. K. 30 Jahre alt, 5 Jahre verheiratet, eine Geburt, Wochenbett fieberhaft, seit 3 Jahren Kreuz- und Leibschmerzen, Fluor, Menstruation regelmässig, sehr stark.	Uterus retroflektiert, fixiert.
6.	J.-No. 121. C. M. 20jährige Nullipara. Vor 2 Jahren unterleibskrank. Menstruation regelmässig, 8 Tage lang, stark mit Schmerzen. Schmerzen im Leibe, besonders in der rechten Seite. Schmerzen beim Wasserlassen.	Rechts schmerzhafte Resistenz bis Nabelhöhe reichend. Uterus anteflektiert dahinter eine schmerzhafte Vorwölbung, Punktion ergibt Eiter.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Hydrosalpinx beiderseits, zahlreiche Verwachsungen und Stränge zwischen Blase, Uterusfundus und Adnexen. Salpingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	
Suprasymphysärer Querschnitt, Adhäsionslösung. Salpingo-oophorectomia dextra.		Glatt.	
ie beiderseits stark verdickten Tuben erlaufen vom Uterus nach unten nten. Die distalen Enden samt m Ovarium beide bis auf Faustösse angeschwollen und in der efe verlötet. Sehr feste Adhäsionen. i Lösung der rechten Adnexe Eiterausfluss. Salpingo-oophorectomia duplex.	Eiterkörperchen in mässiger Menge, gut färbbar, keine Bakterien.	Höchste Temperatur: 37,8°, glatter Verlauf. Bei der Entlassung geringe Resistenz im linken Parametrium.	
nks zahlreiche Appendices epiöicae mit der Tube verklebt, die urstförmig, fingerdick, bei der sung grüngelben Eiter entleert. chts abdominaler Verschluss der nig verdickten Tube, Inhalt dünnflüssig. Salpingo-oophorectomia duplex. mpon auf 24 Std. wegen geringer Blutung.	Gut erhaltene Formelemente, Kokken.	Glatt.	Jan. 1904 Uterus anteflektiert, klein atrophisch, Adnexgegenden beiderseits frei u. unempfindlich. Beschwerdefrei u. arbeitsfähig, keine Ausfallserscheinungen. Anfangs angebl. noch 2tägige schwache Blutung alle 4 Wochen.
tere Uteruswand fixiert, Fimbrienbe der Tuben verklebt mit dem rium und dem gegenüberbenden Peritonealüberzug d. Tuben. trifixura uteri, Adhäsionslösung. Salpingostomatoplastik.		Glatt.	
e Adhäsionen zwischen Netz, n, Uterus und Tuben, die sich er lösen lassen. Rechte Tube hühnereigross, entleert bei der Trennung gelben Eiter. lpingo-oophorectomia duplex. pon auf 24 Std. wegen Blutung aus den Adhäsionen.	Zerfallene Eiterkörperchen, keine Kokken.	Glatt. Rechtes Stumpfexsudat.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
7.	J.-No. 162. A. K. 33 Jahre alt. 2 Partus, Menstruation regelmässig, stark, mit Beschwerden. Vor 3 Jahren gelber Fluor, starke Blutungen, Schmerzen im Leibe.	Uterus anteflektiert, hinter demselb links eine apfelgrosse Resistenz. Rech Adnexe verdickt. Punktion ergibt Eit
8.	J.-No. 184. P. S. 34 Jahre alt, 2 Jahre verheiratet, 2 Partus, letzter vor 13 J., Menstruation regelmässig, seit $1^1/_2$ J. heftige Schmerzen im Leibe, starker Fluor, Schmerzen beim Wasserlassen.	Uterus links hinten fixiert. Adne beiderseits verbacken.
9.	J.-No. 192. M. D. 20 Jahre alt, Nullipara, Menstruation regelmässig, während der letzten heftige Schmerzen in der rechten Seite. Fieber.	Uterus retroflektiert, vergrössert, dav ein bis zum Nabel reichender cystisch Tumor.
10.	J.-N. 198. A. B. 32 Jahre alt, 10 Jahre verheiratet, 4 Partus, letzter vor 5 Jahren. Menstruation regelmässig, seit einem Jahre Schmerzen in der rechten Seite, geringer Vorfall in der letzten Zeit.	Rechte Adnexe verdickt und adhär Uterus retroflektiert.
11.	J.-No. 242. M. K. 33 Jahre alt, 16 Jahre verheiratet, 2 Partus, seit dem letzten vor 14 Jahren Kreuz- u. beiderseits Leibschmerzen. Menstruation regelmässig. Harndrang, Fluor.	Rechts apfelgrosser Adnextumor, lin kleinerer.
12.	J.-No. 247. E. H. 36 Jahre alt, 2 Partus, seit dem letzten vor $^3/_4$ Jahren Vorfall und Schmerzen im Leibe. Dammspalt.	Prolaps der Vaginalwände. Ute retroflektiert, links ein apfelgross Adnextumor, Tube etwas verdickt.
13.	J.-No. 249. A. K. 33 Jahre alt, 9 J. verheiratet, 1 Partus vor 9 Jahren, seit etwa einem Jahre heftige Schmerzen im Kreuz, Fluor, Menstruation unregelmässig.	Uterus retroflektiert, fixiert, besond rechts mit den verbackenen Adnexe

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
ike Tube stark verdickt, mit arium, hinterer Ligamentplatte, ktum und seitlicher Bauchwand t verwachsen. Rechts ebenfalls umfängliche Adhäsionen. Salpingo-oophorectomia duplex. gen Blutung Tampon auf 24 Std.	Zerfallene Formelemente, keine Kokken.	Glatt.	
llose Adhäsionen, beiderseits ioophoritis, geringe Hydroinx, beide miteinander verwachs. rasymph. Kreuzschnitt, Ventriura uteri, Salpingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	1904. Ausfallserscheinungen und Schmerzen im Leibe.
tischer Ovarialtumor in der Tiefe nts parietal adhärent. Dichte äsionen mit Netz und Darm. der Trennung fliesst Eiter aus gelösten Fimbrienende der rechten Tube. Salpingo-oophorectomia dextra.	Gut gefärbte Eiterkörperchen. Gonokokken.	Bis zum 10. Tage Temperatursteigerungen bis 39°, Peritonitis. Wunde p. p. geheilt.	
htes Ovarium etwas vergrössert adhärent, Zeichen von Oophoritis corticalis. Suprasymphysärer Querschnitt. Ventrifixura uteri. Ovariotomia dextra.		Glatt.	Januar 1904. Uterus ventrifixiert, Adnexgegenden wegen Adipositas nicht abzutasten, sicher nicht empfindlich, im allg. beschwerdefrei. Menstr. regelm. 8 Tage lang o. B.
hter Adnextumor mit braunem insel, Tube mit Ovarium verbt, links Tubenverschluss und Hydrosalpinx. Suprasymph. Querschnitt. alpingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	
lerseits abdominaler Tubenchluss, links Ovarium hühnerross cystisch. Adhäsionen, Ovarien er Tiefe adhärent. Ventrifixura i, Adhäsionslösung, Ovariotomia duplex. Episioperineoplastik.		Glatt.	
der hinteren Uteruswand Appens epiploïcae, beiderseits Tubenchluss. Ovarien adhärent. Supraph. Querschnitt. Adhäsionsung. Salpingostomatoplastik. Ventrifixura uteri.		Glatt.	25. Novbr. 1898. Uterus anteflektiert, Adnexgegenden frei. Befinden gut.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
14.	J.-No. 252. J. W. 22 Jahre. Nullipara. Menstruation regelmässig mit starken Beschwerden. Mit 18 Jahren unterleibsleidend, heftige Schmerzen in der linken Seite. Stuhl und Urinbeschwerden.	Uterus anteflektiert, rechtes Ovar vergrössert, adhärent, links apfelgro Tumor. Punktion ergibt Eiter.
15.	J.-N. 271. T. R. 29 Jahre. 4 Jahre verheiratet. Nullipara. Menstruation regelmässig mit Beschwerden. Seit $^1/_2$ Jahre Schmerzen rechts. Stuhl- u. Urinbeschwerden.	Rechts faustgrosser, links klein Adnextumor.
16.	J.-No. 322. H. R. 50 Jahre. 25 J. verheiratet. Nullipara, Menopause; seit $^1/_2$ Jahre Schmerzen, früher Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. Li Adnexe verdickt.
17.	J.-N. 328. G. R. 36 Jahre. 9 Jahre verheiratet. 4 Partus, letzter vor $^1/_2$ J. Seitdem Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite. Fluor. Vor $2^1/_2$ J. Ovariotomia sin.	Uterus anteflektiert, wenig vergröss rechts von ihm ein apfelgrosser, le beweglicher, eng mit ihm zusam hängender Tumor.
18.	J.-No. 341. A. H. 43 Jahre. 9 Jahre verheiratet, 3 Partus, seit $^1/_4$ Jahre Menstruationsbeschwerden, krampfhafte Schmerzen im Kreuz und Leib.	Uterus anteflektiert, Adnexe beiders verdickt und adhärent, besonders lin
19.	J.-No. 368. B. B. 44 Jahre. 4 Jahre verheiratet, 2 Partus, letzter vor 13 J. Seit 1 Jahre Menstruationsbeschwerden und Schmerzen im Leib.	Kindskopfgrosser, leicht dislozierba Tumor, hängt mit dem kleinen an flektierten Uterus zusammen.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
ásionen der Adnexe mit der ebung. Beiderseits abdominaler nverschluss und Salpingitis sa. Beide Adnexe nicht wesent- vergrössert. Bei der Lösung der linken Adnexe fliesst Eiter. lpingo-oophorectomia duplex.	Gut erhaltene Formelemente, Gonokokken in Degenerationsformen.	Leichte Temperatursteigerungen bis 37,8°. Wunde p. p. geheilt.	
ausgiebige Verwachsungen mit Darm. Links Sactosalpinx mit m, schleimigen Inhalt, rechts itertes Ovarialhaematom mit rotem, flüssigen Inhalt und ver- lten Eiterherden mit bröck- ligem Eiter. p.-ooph. ect. dupl. Drainage.	Keine Mikroben.	Temperaturanstieg bis zum 3. Tage bis 39°, rascher Abfall, Tampon am 6. Tage entfernt. Offen weiter behandelt.	
ts Hydrosalpinx, leicht zu lösen, Pyosalpinx, fest mit dem um verwachsen. Rektum bis ie Schleimhaut eingerissen, Naht. Tamponade auf 24 Std. lpingo-oophorectomia duplex.	Zerfallener Eiter ohne Bakterien.	Glatt (höchste Temperatur 37,8°).	
te Adnexe fest mit zwei unter verklebten Dünndarmschlingen achsen. Bei Trennung der Ad- nen Eröffnung des Fimbrien- s, aus dem dünner, braungrüner Eiter fliesst. lpingo-oophorectomia dextra.	Massenhaft Kokken bei gut erhaltenen Formelementen, häufig zu 2, auch in Ketten und Haufen, kleiner als Gonokokken.	Bis zum 14. Tage Temperatur steigerungen bis 38,8°. Wunde p. s. geheilt. Stumpfexsudat.	1904. Ausfallserscheinungen, sonst arbeitsfähig.
elseitiger im Douglas verlöteter xtumor. Links Ovarium stark rössert, beide Tuben verdickt, rienende geschlossen, linkes ium enthält einen hühnerei- en Eitersack mit dünnflüssigem grünen Eiter. lpingo-oophorectomia duplex.	Detritus zum grossen Teil, nur wenig noch erkennbare Eiterkörperchen.	Glatt.	Januar 1904. Uterus anteflektiert, in der linken Adnexgegend eine kl. wenig empfindliche Schwiele, rechts ganz frei, im allgemeinen beschwerdefrei. Anfangs noch mehrmals 4 wöchentl. geringe Blutung, o. B.
enhaft Adhäsionen, rechts rosalpinx, links Hydroovarium, fundus uteri ein subseröses n. Ventrifixura uteri. Salpingo- orectomia duplex. Enucleatio myomatis.		Glatt.	Januar 1904. Uterus ventrifixiert, klein atrophisch. Adnexgegenden frei, beschwerdefrei.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
20.	J.-No. 454. H. S. 28 Jahre. 4 Jahre verheiratet, vor 3 Jahren 1 Abort seitdem Schmerzen im Leib und Kreuz. Urinbeschwerden.	Uterus anteflektiert, linke Ad apfelgross, schmerzhaft, verbac rechte Adnexe ebenfalls verdick
21.	J.-No. 463. A. S. 41 Jahre. 18 Jahre verheiratet, 1 Partus, seit 3 Jahren unregelmässige Menstruation mit Beschwerden, seit 1 Jahre Schmerzen im Leib, Fluor.	Uterus anteflektiert, linke Adnexe backen, rechts ein apfelgrosser Ad tumor.
22.	J.-No. 489. L. R. 21 Jahre. 1 Partus, Menstruation regelmässig. Vor 12 Wochen während der Regel heftige Schmerzen in der rechten Seite des Leibes.	Uterus anteflektiert, links apfelgrc Adnextumor. Rechts Ovarium fix
23.	J.-No. 492. P. F. 28 Jahre. 1 Abort vor 3 Jahren, Wochenbett fieberhaft, seitdem Fluor, seit etwa einem 1 Jahre Schmerzen, besonders in der rechten Seite.	Uterus klein in Retroversio. B Adnexe besonders rechts verbacken empfindlich.
24.	J.-No. 497. W. S. 28 Jahre. 8 Jahre verheiratet, 1 Partus, darauf 2 Aborte, nach dem ersten vor 6 Jahren Fieber und Blutung, Menstruation unregelmässig. Schon seit Jahren Schmerzen im Unterleib und Kreuz, Blasenbeschwerden.	Uterus anteflektiert, beide Adn adhärent und verdickt.
25.	J.-No. 522. A. B. 32 Jahre. 5 Jahre verheiratet, 2 Partus, seit dem letzten vor 3 Jahren Schmerzen im Unterleib und Kreuz.	Uterus retroflektiert, links daneben e hühnereigrosse, unbewegliche Resist

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
enhaft Adhäsionen, beiderseits minaler Tubenverschluss, rechts kelhämatom und cystische neration, ebenso links, daselbst noch kl. Embryom. lpingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	1899. Beschwerdefrei.
s Tube und Ovarium fest ver- en, rechts faustgrosser, mit und Appendices epiploïcae verwachsener Adnextumor. lpingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	Januar 1904. Geringe Ausfallserscheinungen, sonst beschwerdefrei.
s Ovarium gänseeigross. Perio- ritis, Perisalpingitis adhäsiva. ts Ovarium bedeutend kleiner. es enthält eine hühnereigrosse, es eine kirschengrosse Abszess- e. Fimbrienenden der Tuben hlossen, das distale Ende des Tubenrohres verdickt. lpingo-oophorectomia duplex.	Detritus zum grossen Teil, nur wenige noch erkennbare Eiterkörperchen.	Glatt.	
enhaft Adhäsionen, Fimbrien- n beiderseits verschlossen, beide n tief in Douglas adhärent, Ovarien sehr fest mit der ren Platte verlötet. Salpingo- orectomia dextr. Salping- mia sin. Exstirpation des halben linken Ovariums.		In den ersten Tagen Temperaturen um 38°, baldiger Abfall. Glatt.	
e Tuben mit dem Peritoneum r Tiefe verwachsen, Fimbrien- n bis auf eine minimale Öffnung eriert, in beiden Tuben, deren verdickt erscheint, geringe ung. Beide Ovarien mit der erfläche der Ligamente verklebt. Salp. ooph. ect. dupl.		In den ersten 2 Tagen Anstieg bis 38,4°, rascher Abfall. Glatt.	Januar 1904. Im ersten halben Jahre p. op. Ausfallserscheinungen, jetzt beschwerdefrei. Uterus klein, atrophisch, ganz nach rechts verzogen, rechts Adnexgegend empfindlich, links frei.
e Adnexe durch zahlreiche Mem- en untereinander und mit dem Uterus verbacken. alpingo-oophorectomia sin. Ventrifixura uteri.		Glatt.	Januar 1904. Uterus ventrifixiert, rechte Adnexe etwas empfindlich, ebenso links, keine Resistenz, beschwerdefrei. Menstruation regelmässig, schwach, o. B.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
26.	J.-No. 528. R. K. 43 Jahre. 18 Jahre verheiratet. 2 Partus, letzter vor 17 J. Wochenbett fieberfrei. Seit 5 Wochen Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Blasenbeschwerden anfangs.	Im hintern Scheidengewölbe eine sag. verlaufende Narbe. Rechts hinten Corpus uteri. Links kleinhühnereigro Tumor in der Gegend des Ovari
27.	J.-N. 529. L. S. 22 Jahre. Nullipara. Menstruation unregelmässig mit Beschwerden, seit 4 Jahren Schmerzen im Unterleib und Kreuz, die in letzter Zeit sich noch steigerten. Fluor. Urinbeschwerden.	Uterus klein, anteflektiert, rechts neben ein apfelgrosser, links ein klein Adnextumor.
28.	J.-N. 531. E. U. 34 Jahre. 9 Jahre verheiratet. 1 Partus vor 9 Jahren, Wochenbett fieberhaft, seitdem Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Menstruation mit Beschwerden.	Uterus retroflektiert, beiderseits e apfelgrosse Adnextumoren.
29.	J.-No. 563. A. L. 24 Jahre. Nullipara. Menstruation unregelmässig, seit 6 Wochen Schmerzen in der linken Seite des Leibes, der allmählich stärker wurde.	Uterus dicht an der Symphyse, dahi prallelastische Resistenz. Leibesumfang: 85 cm.
30.	J.-No. 578. J. R. 27 Jahre. 1 Partus vor 7 Jahren, seitdem öfters unterleibskrank, Menstruation unregelmässig mit Beschwerden, seit 5 Jahren Schmerzen im Unterleib, Fluor.	Uterus anteflektiert, retroponiert, da ein gänseeigrosser Tumor von linken Adnexen ausgehend, re Adnexe verbacken.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
s Pyosalpinx, links sehr be- nde Hydrosalpinx, sehr feste ionen, rechts bei der Trennung Blutung, deshalb Tampon auf 24 Stunden. pingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	
s fast kindskopfgrosse Hydro- ıx, Fimbrienende im Becken . Links kleinere Hydrosalpinx. Ovarium verlötet. Salpingo- rectomia sin. Salpingectomia dextra.		Glatt.	November 1899. Exstirpation des Uterus und des rechten Ovariums wegen Adnexitis dextr. Tuberculosis peritonei et genitalium.
s retroflektiert, fixiert. Beide en geschwollen, das linke zum cystisch degeneriert. Beide ı stark geschlängelt, Wand lich verdickt. Ventrifixura i. Salpingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	Januar 1904. Ausfallserscheinungen, zeitweise geringe Beschwerden.
sen des Ascites. Das linke ienende ist auf Daumendicke chwollen, Tube mit einer ıt weissspeckiger Masse be- Ebenso die rechte Tube. Die e sind untereinander verklebt. Peritoneum der Beckenorgane ffus verdickt und zeigt viele flache Prominenzen.		Temperatursteigerungen zwischen 37°—39,6° 38. Tag p. op. exitus.	Sektion: Ausgedehnte Tuberkulose d. Netzes, Peritoneum, inneren Genitalien, Blase. Miliartuberkulose der Lungen, beginnende Pneumonie im rechten Unterlappen, Verkäsung der postpharyngealen Lymphdrüsen.
nhaft Adhäsionen über den norganen, links gut faust- osses multiloculäres seröses alkystom. Rechte Adnexe ver- n, mühsam zu entwickeln, Fimbrienenden verschlossen, ı gewunden, nicht verdickt. n Blutung aus den Adhäsionen on auf 24 Std. Ovariotomia sin. pingo-oophorectomia dextra.		Glatt.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
31.	J.-No. 581. M. V. 25 Jahre. Menstruation unregelmässig, seit 10 Tagen Blutungen und Schmerzen im Kreuz und Leib, Urinbeschwerden, Fluor.	Uterus klein, anteflektiert, A beiderseits verdickt und adhäre
32.	J.-No. 611. M. H. 30 Jahre. 4 Jahre verheiratet, 1 Partus, seit mehreren Jahren Schmerzen im Kreuz und Leib, besonders zur Zeit der regelmässigen, starken Menstruation, Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. A beiderseits verbacken.
33.	J.-N. 647. M. T. 25 Jahre. Nullipara, Menstruation regelm. mit Beschwerden, vor 10 Wochen plötzlich mit heftigen Unterleibsschmerzen erkrankt, Fieber, Fluor. 8 Wochen resorptiv behandelt.	Uterus retroflektiert, vergrössert, schmerzhaft, apfelgrosse Resiste
34.	J.-No. 651. A. K. 32 Jahre. 1 Partus. Seit kurzer Zeit Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, Fluor. Urinbeschwerden.	Uterus retroflektiert, fixiert, Ad beiderseits verdickt und adhäre
35.	J.-No. 662. J. K. 48 Jahre. 20 Jahre verheiratet. 3 Partus. Menstruation in letzter Zeit sehr stark, mässige Schmerzen im Leibe.	Uterus anteflektiert, rechts praller Ad tumor, linke Adnexe anscheinend
36.	J.-No. 663. E. H. 25 Jahre. 2 Jahre verheiratet, 1 Partus, fieberhaft, unregelmässig, schmerzhafte Menstruation, seit $^1/_4$ Jahre Schmerzen im Leibe, besonders links, Urinbeschwerden, Fluor.	Uterus anteflektiert, beiderseits Ad verdickt, verbacken, adhärent.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Adhäsionen, linkes Ovarium engrosses Hämatom, rechtes um und rechtes Fimbrienende Stränge adhärent. Suprasymph. chnitt. Salpingo-oophorectomia Salpingectomia dextra. Exstir- n des halben rechten Ovarium.		Glatt.	
s hinten fixiert, viel Peri- tis. Beide Fimbrienenden ver- sen, links Ovarium und Tube mmen verbacken, rechte Tube rdickt. Ventrifixura uteri. pingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	
Fimbrienenden in der Tiefe Douglas verklebt, Tubenrohr verdickt. Linkes Ovarium engross, fest mit der hinteren ientplatte verwachsen. Bei der g berstet es und entleert trüb- Flüssigkeit (Follikelcyste). end der Lösung fliesst aus dem ienende der linken Tube wenig chgelber Eiter. Rechtes Ova- twas verklebt. Salpingo-oopho- ia dextr. Salpingectomia sin.	6 Wochen ante op. gonokokkenhaltig. Bei der Op.: Formelemente teilweise zerfallen, keine Kokken.	Am 2. u. 3. Tage Temperaturanstieg, sonst glatt.	
s retroflektiert, fixiert, viel ionen. Beide Fimbrienenden ouglas adhärent, Tuben im mpullären Teil entzündet. Ventrifixura uteri. pingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	Febr. 1904. Keine Ausfallserscheinungen, beschwerdefrei. Uterus ventrifixiert, Adnexgegenden frei.
e Adnexe vergrössert, haupt- ch dem Ovarium entsprechend, nichts besonderes, rechtes netrium verdickt, starke Endo- is mit oberflächlicher Gangrän, pation des Uterus und der Adnexe per vaginam, wegen rer Entwicklung wird von der pation der rechten Adnexe Abstand genommen.		Die ersten 6 Tage p. op. Temperaturen um 38°, dann Abfall. Bei der Entlassung: Stark eitriger Ausfluss aus der Scheide, rechts hinten ein apfelgrosser, nicht empfindlicher Tumor.	Januar 1904. Beschwerdefrei.
Adnexe sind in der Tiefe ver- n mit dem Peritoneum und . Beide Fimbrienenden ge- sen, beiderseits ist die Tube s Ovarium aufgeklebt. Zurück- eines kleinen Ovarialstumpfes. pingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	November 1898. Keinerlei Ausfallserscheinungen, alle 3 Wochen starke Periode.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
37.	J.-No. 676. K. K. 31 Jahre. 14 Jahre verheiratet. Nullipara. Menstruation regelmässig. Seit 1 Monat Schmerzen.	Rechts kindskopfgrosser, links kle Adnextumor, zwischen beiden der anteflektierte Uterus.
38.	J.-No. 687. M. H. 32 J. 8 Jahre verheiratet. 1 Partus, Wochenbett fieberhaft. 1 Abort vor $^1/_2$ Jahre, seit 4 Jahren Schmerzen im Kreuz und Leib, besonders rechts. Fluor.	Uterus anteflektiert, beiderseits i oberen Partien der Douglas'schen E straffe, feste Infiltrate.
39.	J.-No. 694. M. G. 33 Jahre. 14 Jahre verheiratet, Menstruation unregelm., Nullipara, seit 2 Jahren Schmerzen im Leibe, besonders links, Fluor.	Uterus anteflektiert, beiderseits da faustgrosse, prallelastische Tun wenig beweglich.
40.	J.-No. 706. J. L. 28 Jahre. Nullipara, seit einigen Wochen Schmerzen im Leib, in letzter Zeit anhaltend starke Blutung, Menstruation regelmässig.	Uterus anteflektiert, Tuben beid verdickt und adhärent, wie die Ov
41.	J.-No. 725. M. B. 24 Jahre. 1 Partus vor 7 Monaten, fieberhaftes Wochenbett, seitdem Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite, Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. Ad beiderseits verdickt und adhärent, sonders rechts.
42.	J.-No. 742. M. S. 38 Jahre. 10 Jahre verheiratet, 1 Partus, Wochenbett fieberhaft, Menstruation regelmässig, Prolaps.	Totaler Prolaps der vorderen, partiel der hinteren Scheidenwand. Ute retroflektiert, Adnexe beiderseits der Tiefe adhärent, verbacken, sonders links verdickt.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
ordentlich erschwerte Trennung des rechten, kindskopfgrossen tumors von Sromanum, Douund hinterer Ligamentplatte. n des Tumors, es entfliesst viel Eiter. Blutung aus den isionen, Tampon auf 48 Std. pingo-oophorectomia duplex.	Detritus, keine Kokken.	Glatt.	
etritische Prozesse, reichlich seröse Flüssigkeit frei im nen. Beiderseits Fimbrienende eilweise Ovarium in der Tiefe uglas adhärent, besonders links. Ventrifixura uteri. lpingo-oophorectomia sin.		Glatt.	Januar 1904. Im allgemeinen beschwerdefrei. Menstr. regelmässig o. B.
seits fast kindskopfgrosse ltumoren, rings adhärent. : schwarzes Blut, keine cystiElemente. Tuben beiderseits nicht merklich verdickt. ingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	
rohre beide gleichmässig verFimbrienenden, rechts total, nicht vollständig geschlossen. s Ovarium und Fimbrienende uglas fest adhärent. Suprasymph. Querschn. Ventrifixura uteri, pingo-oophorectomia dextra, lpingostomatoplastik sin.		Glatt.	
Perimetritis posterior. Linke e wenig adhärent, rechte fest r Ligamentplatte verbacken, das verschlossene rechte Fimbrienende. Ventrifixura uteri. ingo-oophorectomia dextra.		Glatt.	6. Juni 1900. Uterus ventrifixiert, linksseitiger Adnextumor. 1/2 Jahr p. op. stark linksseitige Beschwerden. Im Juni 1902 im Allerheiligen-Hospital: Totalexstirpation des Uterus und der linken Adnexe. 26. Januar 1904. Starke Ausfallserscheinungen.
retroflektiert, in der Tiefe n dort adhärenten Adnexen tken. Tube und Ovarium eits verdickt. Bei Trennung rechten Tube fliesst Eiter. Ventrifixura uteri, ingo-oophorectomia duplex, lporrhaphia ant. et post.	Detritus und leidlich erhaltene Eiterkörperchen, in einigen schwach gefärbte Kokken.	Die ersten 2 Tage Temperaturen um 38°, sonst darunter glatt.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
43.	J.-No. 741. E. F. 23 Jahre. $1^1/_2$ Jahre verheiratet, 1 Partus, Menstruation unregelmässig, seit $^1/_2$ Jahre Schmerzen in der rechten Seite, Fluor.	Uterus retroflektiert, rechts üb hühnereigrosser Adnextumor
44.	J.-No. 761. E. G. 27 Jahre. 5 Jahre verheiratet, 1 Partus, Wochenbett fieberhaft, seitdem Schmerzen im Kreuz und in beiden Seiten des Leibes, Urinbeschwerden, Fluor.	Uterus dextrovertiert, retroflek Links ziemlich umfänglicher Ad tumor, im Douglas adhärent, r Adnexe anscheinend normal.
45.	J.-No. 769. B. T. 23 Jahre. Nullipara. Vor 3 Jahren starker gelber Fluor, 3 Wochen lang, zeitweise Schmerzen im Leibe, besonders rechts, in der letzten Zeit dauernd, Fluor, Brennen beim Wasserlassen.	Beiderseits über faustgrosse Ad tumoren, prallelastisch, dazwischen anteflektierte Uterus.
46.	J.-No. 783. S. B. 19 Jahre. 1 Abort fieberhaft vor 5 Monaten, 10 Wochen krank, seitdem keine Menstruation, Schmerzen in der linken Seite.	Uterus anteflektiert, links fest mit zusammenhängend apfelgrosser Tu
47.	J.-No. 805. B. S. 37 Jahre. Nullipara, schon seit Jahren unterleibskrank, seit letzter Zeit Schmerzen im Leib, besonders links.	Uterus retroflektiert, Adnexe beider adhärent und verdickt.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Adnexe wenig verändert, in der Tiefe mit dem Fimnde verklebt. Rechts bede Salpingitis, Tube und m mit der hinteren Ligamentfest verklebt, bei der Trennung st Eiter. Ventrifixura uteri. pingo-oophorectomia dextra. Salpingectomia sin.		Glatt.	
s bicornis unicollis, Hinterfixiert. Dem linken Horn fest end der linke Adnextumor, der teht aus dem vergrösserten m, mit ihm im Zusammenine walnussgrosse derbe Cyste, er verläuft die erweiterte mit gkeit gefüllte Tube, deren ienende verschlossen in der adhärent ist. Rechte Adnexe in der Tiefe adhärent. pingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	März 1904. Ausfallserscheinungen, und zeitweise Schmerzen.
seits sehr stark verdickte, gene Tuben, median davon die ch degenerierten, hühnereiossen Ovarien. Feste Verungen. Bei der Trennung aus der linken Tube gelber Wegen Blutung aus den ionen Tampon auf 24 Stunden. pingo-oophorectomia duplex.	Detritus ohne Mikroben.	Am 6. Tage 38°. Vom 8.—14. Tg. kroupöse Pneumonie, dann fieberfrei. Am 14. Tage Durchbruch eines Abszesses durch die p. p. geheilte Bauchwunde, Drainage, rasch Heilung.	Januar 1904. Uterus antefiektiert, im linken Scheidengewölbe eine ca. walnussgrosse Resistenz, nicht empfindlich, früher Schmerzen in der linken Seite (Einlagen), jetzt beschwerdefrei, Periode angeblich alle 3 Woch. 3 Tage lang, schwach.
norgane verklebt, linke Adnexe mit Flexur und Netz. Bei ung Verletzung des Flexur, Nähte. Aus der linken Tube Eiter, rechte Adnexe ebenfalls akt. Tampon auf 48 Stunden. pingo-oophorectomia duplex.	Gut erhaltene Eiterkörperchen, reichlich Diplokokken, zum Teil intracellulär. (Gonokokken).	Glatt.	Januar 1904. Uterus klein, atrophisch, links geringe Empfindlichkeit, keine Resistenz. Anfangs Ausfallserscheinungen, jetzt beschwerdefrei.
nhaft Adhäsionen und Verungen, Adnexe beiderseits adt und verdickt. Suprasymrer Querschnitt. Ventrifixura ut. pingo-oophorectomia duplex.		Anfangs-Temperaturen um 38°, bald Abfall. Glatt.	Im allgemeinen beschwerdefrei.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
	1898/99.	
1.	J.-No. 19. A. H. 30 Jahre. Nullipara, früher krank an Rheumatismus, Magengeschwür, 21 Wochen lang Blinddarmentzündung. 4 Wochen lang an Eierstocksentzündung, seit 1 Jahr sistiert die Menstruation. Seit längerer Zeit Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite des Leibes. Ausfluss.	Uterus retrovertiert - flektiert. neben demselben verdickt, verba Adnexe, rechts sehr harte, sch hafte Resistenzen.
2.	J.-No. 26. K. B. 20 Jahre. 3 Partus, Menstruation regelmässig, seit der letzten Entbindung (4 Mon.) stechende Schmerzen in beiden Seiten des Leibes. Fluor.	Uterus anteflektiert, rechts gä großer, links hühnereigrosser, w beweglicher Adnextumor.
3.	J.-No. 30. D. S. 51 Jahre, verh. seit 28 Jahren, 1 Partus, 3 Aborte. Seit längerer Zeit Schmerzen im Leibe, Beschwerden beim Wasserlassen.	Beiderseits neben dem Uterus faustgrosse Adnextumoren, link kleinere. Uterus stark vergrösse
4.	J.-No. 108. A. S. 31 Jahre, verh. seit 4 Jahren. 1 Partus vor $3^1/_4$ J., nachher Unterleibsentzündung, 1 Abort, seitdem Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite des Leibes.	Uterus retroflektiert, fixiert, beson rechts. Adnexe beiderseits fix scheinbar verbacken.
5.	J.-No. 124. A. H. 41 Jahre, verh. s. 20 Jahren. 4 Partus, 1 Abort, Wochenbetten fieberhaft. Schon seit dem 1. Partus Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite des Leibes. Gefühl der Schwere und Druck auf den Mastdarm. Blasenbeschwerden, Fluor.	Uterus retrovertiert, lässt sich aufricht scheint hinten links fixiert. Adn adhärent, verbacken.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Verlötung der linken Adnexe, Fimbrienende verlötet, Tube verdickt. Rechte Adnexe adt, besonders mit dem Darm erbacken. Fimbrienende blass, geschwollen, an der Oberetwas nekrotisch aussehend it dem Beckenperitoneum ver-en; rechts Ovarium cystisch eriert. Schwere Lösung der Adnexe. pingo-oophorectomia duplex. nks halbe Ovarium zurückgelassen.)	Mikroskopische Untersuchung ergibt Tuberkulose.	Temperaturen zwischen 37°—38°. 12 Tage p. op. werden die Nähte entfernt wegen Eiterung der Bauchwunde. Starke Diarrhöen, typische steile Temperatur-Kurven bis 39,2°. Verbandwechsel jeden 2. Tag. Mit granulierender Bauchwunde entlassen auf Wunsch. Uterus retrovertiert klein, beiderseits auf Druck schmerzhafte Resistenzen.	
gliche Adhäsionen mit Netz, Uterus und Adnexen. Links gitis nodosa, Fimbrienende et. Ovarial- (Follikel) abscess Gänseeigrösse. Rechte Tube wie links. lpingo-oophorectomia sin. Salpingectomia dextra.	Vorwiegend Detritus, in einzelnen gut erhaltenen Leukocyten gut gefärbte, kleine runde Kokken häufig zu 2 zusammenliegend.	Glatt.	
sehr grosse, links kleine salpinx. Multiple intramurale ubseröse Myome im Uterus. on auf 24 Std. Amputatio supravaginalis mit Salpingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	9. Januar 1904. Vollkommen beschwerdefrei, sehr wenig Ausfluss. Vagina eng, Adnexgegenden beiderseits frei u. nur rechts wenig empfindlich.
fixiert, massenhaft membra-Stränge zwischen hinterer wand und den Adnexen, die gesund; linkes Fimbrienende ossen. Adhäsionslösung, Salotomatoplastik links, Ventrifixura uteri.		Glatt.	
fixiert durch zahlreiche Aden besonders rechts. Rechtes m und rechtes Fimbrienende, es verlötet, fest auf der hinteren lentplatte. Tubenwandungen eits hart. Salpingo-oophorecn duplex. Ventrifixura uteri.		Glatt.	11. Januar 1904. Anfangs Ausfallserscheinungen (Oophorin), jetzt beschwerdefrei. Uterus anteflektiert, Adnexgegenden frei.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
6.	J.-No. 126. A. K. 23 Jahre. Nullipara, seit Herbst 1897 Schmerzen im Leib. Ausfluss, Urinbeschwerden. Im Dezember 1897 in hiesiger Klinik: Beiderseits grosse Adnextumoren, Punktion ergab Eiter (gut erhaltene Eiterkörperchen, intracellulär gelegene Kokken), Fieber, Bettruhe, Hydrotherapie, und Ende Dezember gebessert entlassen. 4 Monate später: Unregelmässige Menstruation mit Beschwerden, heftige Schmerzen im Leibe, Urinbeschwerden, Fluor.	Uterus anteflektiert, nicht vergrö Beiderseits apfelgrosse Adnextum ebenso Resistenz hinter der Por
7.	J.-No. 137. J. G. 22 Jahre. 1 Partus vor 1 Jahre, seitdem unregelmässige, starke Menstruation. Seit 1 Monat Schmerzen in der rechten Seite.	Uterus retroflektiert, fixiert. Ac beiderseits verdickt und verbac
8.	J.-No. 138. J. G. 39 Jahre, verheiratet seit 10 Jahren, 1 Abort, 2 Partus, letzter vor $2^1/_2$ Jahren, fieberhaftes Wochenbett, seitdem Schmerzen im Kreuz und im Leibe besonders rechts. Fluor.	Uterus retroflektiert, mobil. I Adnexe zart, rechte verdick
9.	J.-No. 140. P. Z. 37 Jahre, verheiratet seit 13 Jahren, 8 Partus, 1 Abort, letztes Wochenbett vor 3 Jahren, fieberhaft, seitdem Schmerzen im Kreuz, in letzter Zeit heftige Schmerzen im Leibe, besonders links. Menstruation regelmässig. Fluor.	Uterus anteflektiert, beiderseits fas bewegliche Resistenzen.
10.	J.-No. 146. A. L. 34 Jahre, verheiratet seit 2 Jahren, Menstruation regelmässig, mit Beschwerden. 2 Partus, Schmerzen beiderseits im Leibe, besonders rechts. Harndrang. Fluor.	Uterus anteflektiert, rechts neben ein über faustgrosser, fluktuier Tumor, links ebensolcher etwas kle
11.	J.-No. 152. S. P. 22 Jahre. Nullipara, starke Menstruation, regelmässig, mit Beschwerden, Schmerzen im Leibe, besonders rechts. Fluor.	Uterus anteflektiert, beiderseits Ad tumoren, rechts grösser.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Blasenscheitel adhärent eine darmschlinge durch ödematös tiges Gewebe verwachsen. a beiderseits verdickt, in der des Beckens adhärent, mit Ovarium verbacken, Adhäionen. Stumpfe Trennung. pingo-oophorectomia duplex.		Temperaturen zwischen 37° bis 38,4°. Nach Entfernung der Nähte aus der p. p. geheilten Wunde bricht im unteren Wundwinkel ein Stumpfexsudat durch.	Etwa 1 Jahr später: Ausfallserscheinungen, Uterus klein, anscheinend retroflektiert, kein Stumpfexsudat.
Tube verdickt, Fimbrienende er Tiefe adhärent. Linkes um auf dem Ligament fest cken, rechte Adnexe verbacken. er Lösung fliesst aus beiden Tuben Eiter. pingo-oophorectomia duplex. Ventrifixura uteri.	Gut erhaltene Leukocyten-Bakterien.	Glatt.	Bei der Entlassung: Links taubeneigrosses Stumpfexsudat.
htes Ovarium taubeneigross hatom) mit der Tube durch lösliche Adhäsionen verbacken. es Tubenende adhärent. Supramärer Kreuzschnitt. Salpingorectomia dextra. Colporrhaphia ant. et post.		Glatt.	
s Ovarium tief im Douglas fest et, ebenso das linke Fimbrien- Die Organe sind in eine harte, ige Membran eingekapselt. s ebenfalls Adhäsionen und verlötetes Fimbrienende. pingo-oophorectomia duplex.	Punktion: alte Leukocyten	Anfangs glatt 6—10 Tage Temperatursteigerung bis 38°, sonst o. B.	
derseits sehr fest adhärente säcke, bei der Lösung entleert Eiter. Beiderseits apfelgrosse alcyste mit dem Fimbrienende der Tube verklebt. pingo-oophorectomia duplex.	Detritus, keine Bakterien.	Glatt.	Januar 1904. Anfangs geringe Ausfallserscheinungen, beschwerdefrei.
dem Uterus Tuberkelknoten. s Pyosalpinx, 5 cm im Durchsser, Fimbrienende mit dem um verlötet; links weniger umche Tube, Fimbrienende offen. talexstirpation per laparot.	Punktion: Detritus, keine Bakterien.	Glatt.	Januar 1904. Vollkommen beschwerdefrei.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
12.	J.-No. 202. A. K. 45 Jahre, verheiratet seit 23 Jahren, 5 Partus. Im zweiten Wochenbett Schmerzen. Wegen Retroflexio behandelt, Schmerzen im Leibe, besonders links.	Uterus retroflektiert, fixiert, vergrö Links schliessen sich an ihn T massen an, ob sie den Adnexen dem Uterus angehören, ist fragl
13.	J.-No. 210. B. B. 48 Jahre, verheiratet seit 22 Jahren, 2 Partus, 4 Aborte, Menstruation regelmässig, vor 8 Mon. eine 6 wöchentliche Blutung, dann 2 Monate Pause, dann 8 Wochen lang Blutung. Sonst keine Beschwerden.	Uterus anteflektiert, nicht vergrö Links davon deutlich abgrenzbar faustgrosser, prallelastischer Tu rechte Tube verdickt zu taster
14.	J.-No. 217. A. L. 37 Jahre. 11 Jahre verheiratet, 1 Partus vor 12 Jahren, Wochenbett fieberhaft. Dysmenorrhöe, bald nach der Entbindung Prolaps, bisher durch Pessar zurückgehalten.	Uterus retroflektiert, Adnexe be seits auf Hühnereigrösse verdick Prolaps der vorderen und hint Vaginalwand.
15.	J.-No. 273. A. P. 34 Jahre, verheiratet seit 12 Jahren, 1 Partus, Menstruation unregelmässig, mit Beschwerden, seit kurzer Zeit Schmerzen im Kreuz. Fluor.	Uterus retroflektiert, beweglich, je teilweise hinten fixiert. Links Ova etwas vergrössert, adhärent, eb rechts.
16.	J.-No. 278. G. P. 27 Jahre, verheiratet seit 6 Jahren, 3 Partus, 1 Abort, Menstruation regelmässig. Nach dem ersten Partus Schmerzen im Leibe. Fluor.	Uterus anteflektiert, linke Adnexe dickt, verbacken. Rechtes Ova vergrössert, adhärent.
17.	J.-No. 304. M. B. 21 Jahre. Nullipara. Menstruation regelmässig, vor $^3/_4$ Jahren nach der Menstruation Schmerzen in der rechten Seite 8 Tage lang. Seit 3 Monaten dauernd Schmerzen. Poliklinisch behandelt.	Uterus anteflektiert, zu beiden Se hühnereigrosse Resistenzen.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
...nung der linken Adnexe aus ...neuer festen Verwachsungen ...lexur, Netz, Blase, Parametrium, ...ausfluss. Rechte Adnexe weniger ...ndert, adhärent. Wegen Blutung ...dem aufgerissenen Mesenterium ...Tampon auf 48 Stunden. ...pingo-oophorectomia duplex.	Neben erhaltenen Leukocyten Detritus, keine Bakterien.	Am 2., 4., 5. Tage 38°, sonst fieberfrei, glatt.	Januar 1904. Beschwerdefrei. 3 mal p. op. blutige Zeichnung.
...faustgrosse Tuboovarialcyste. ...ts daumendicke Hydrosalpinx, ...varium atrophisch, adhärent. ...alpingo-oophorectomia sin. Ovariotomia dextra.		Glatt.	Januar 1904. Beschwerdefrei.
...ngliche Verklebungen zwischen ...Blase, Uterus, Adnexe und ...oneum. Linke Tube über gänse... ...ss, mit dem Ovarium in der ...verklebt. Bei Lösung der ...linken Adnexe Eiterausfluss. ...ooph. ect. duplex. Ventrifix. ut. ...Colporrhaphia ant. et post.	Detritus, neben gut erhaltenen Formelementen. Keine Bakterien.	Am 2. Tage 38,2°, am 6. Tage 38°, sonst fieberfrei. Heilung glatt.	8. Februar 1904. Uterus klein, Adnexgegenden frei u. unempfindlich, im allgemeinen Beschwerde, geringe Ausfallserscheinungen.
...reiche Adhäsionen zwischen ...rer Uteruswand und Flexur. ...e Ovarien mit der hinteren ...mentplatte verklebt, ebenso die ...rienenden. In der linken Tube ...ge Ansammlung klarer Flüssig... ...Adhäsionslösung. Salpingo... ...stomatoplastik beiderseits. Ventrifixura uteri.		Glatt.	
...pelseitige Pyosalpinx. Ausge... ...te Verwachsungen zwischen ...n, Uterus, Tuben und Ovarium. Eiterausfluss. ...lpingo-oophorectomia dextra. Salpingectomia sinistra.	Erhaltene Formelemente, keine Bakterien.	Glatt.	Mai 1904. Vollkommen beschwerdefrei. Menstruation regelmässig.
...pelseitige Pyosalpinx. Ver... ...ung der Fimbrienenden beider... ...mit dem Ovarium. Beide ...ien vergrössert, vielfache Darm... adhäsionen. ...alpingo-oophorectomia dupl.	Zerfallene Eiterkörperchen, keine Bakterien.	Glatt.	Januar 1899. Links kleine Resistenz, starke Blutung, deshalb in Behandlung. 14. Januar 1904. Uterus klein, atrophisch, links etwas empfindlich, keine Resistenz, jetzt beschwerdefrei, im allg. ger. Ausfallserscheinungen.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
18.	J.-No. 323. J. W. 22 Jahre. 1 Partus vor 1 Jahre. Wochenbett fieberhaft, Menstruation unregelmässig, mit Beschwerden. Schmerzen in der linken Seite. Fluor.	Uterus anteflektiert, rechts hinter hühnereigrosse Resistenz.
19.	J.-No. 338. R. P. 35 Jahre. 1 Partus, Wochenbett fieberhaft (vor 4 Jahren), Dysmenorrhoe. Heftige Schmerzen, Blutung. Lange Zeit poliklinisch behandelt.	Uterus anteflecktiert, beiderseits n ihm verbackene Resistenzen.
20.	J.-No. 395. V. M. 33 J. 3 Partus, 2 Aborte. Vor 3 Jahren Unterleibsentzündung, seit 3 Wochen starke Schmerzen, angeblich Fieber. Fluor.	Uterus anteflektiert, links neben hinter ihm faustgrosse, wenig be liche Resistenz, Douglas vorgewö Rechte Adnexe normal.
21.	J.-No. 445. A. F. 38 Jahre verh., s. 10 Jahren 2 Partus, 2 Aborte, seit 3 Jahren Schmerzen im Leibe.	Uterus retroflektiert, fixiert. Adnexe adhärent und verdickt, sonders rechts.
22.	J.-No. 460. E. S. 51 Jahre. 6 Partus, 1 Abort. Menstruation unregelmässig. Beschwerden. Nach der 1. Entbindung Unterleibsbeschwerden, die sich verschlimmerten, Prolaps.	Uterus retroflektiert, fixiert. Li apfelgrosser, rechts fingerdicker Adn tumor, ansch. fest verbacken.
23.	J.-No. 486. M. W. 24 Jahre. 1 Partus. Seit $^1/_4$ Jahre unregelm. Menstruation. Blutungen. Seit $1^1/_2$ Jahren Schmerzen im Leibe, besonders rechts, in letzter Zeit Fieber, Fluor. Ichthyolbehdlg.	Links Verdickung der Adnexe, rech geringer.
24.	J.-No. 489. M. P. 29 Jahre. Nullipara. Vor 10 Jahren nach der Menstr. Bauchfellentzündung, die nach $1^1/_2$ Jahr. wieder eintrat. Vor 6 Jahren wurde per vaginam „Eiter abgelassen". Fast beständige Schmerzen in beiden Seiten des Leibes. Urinbeschwerden, Fluor.	Uterus anteflektiert, beiderseits b hühnereigrosse verbackene Adne tumoren.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
, Uterusfundus, Därme durch e Adhäsionen verlötet. Rechte xe, bes. die Tubenampulle und vergrösserte Ovarium in der efe adhärent. Eiterausfluss. pingo-oophorectomia dextra. Salpingectomia sin.		Glatt	
ts Pyosalpinx, Fimbrien in der auf dem Ovarium aufgelötet. nrohr etwas verdickt. Links ydrosalpinx, Ovarium wenig verklebt. pingo-oophorectomia dextra. alpingostomatoplastik links.	Detritis, keine Bakterien.	Am 2. Tage 38,1°. Vom 12. bis 18. Tage Temperatursteigerungen ohne nachweisbaren Grund Wunde p. p. geheilt.	
sionen zahlreich; links Hydronx, linkes Ovarium auf der Ligaplatte angeklebt, bei der Lösung st Eiter. Adhäsionslösung. alpingo-oophorectomia sin.		Glatt.	
Adhäsionen, beide Adnexe adt, rechtes Ovarium vergrössert. Adhäsionslösung, lpingo-oophorectomia dextra. Ventrifixura uteri.		Glatt.	Januar 1904. Beschwerdefrei. Menstruation regelmässig, geringe Molimina.
is direkt mit Rektum verlötet, der hintere Douglas völlig eriert ist. Trennung sehr fester sionen. Beiderseits daumendicke n in die Tiefe ziehend, mit is, hinterer Ligamentplatte und denboden fest verbacken. Linkes rium apfelgross. Eiterausfluss. aht einer Rektumverletzung. ooph. ect. duplex. Drainage.	Eiterkörperchen zerfallen oder schwach gefärbt. Intracelluläre, runde Diplokokken häufchenweise.	Offen behandelt. Kotfistel. Vom 2. bis 8. Tage Temperaturen bis 38,9°, dann fieberfrei. Langsame Heilung p. s. Mit kl. Fistel entl., die sich später schliesst.	
e Ovarien angeklebt, linkes nrohr verlötet, rechtes offen, h Fimbrienende hochrot, gerollen. Beide Tuben hart. Eiterusfluss aus der linken Tube. Suprasymph. Querschnitt. Salpingo oophorectomia sin. Salpingectomia dextra.	Keine Bakterien, Eiterkörperchen zum teil gut erhalten.	Am 2. Tage 38,2°, sonst glatt.	Bei der Entlassung rechtes Ovarium druckempfindlich.
elseitige Hydrosalpinx, bers rechts, beide Ovarien an hinteren Ligamentplatte fest adhärent, etwas vergrössert. Suprasymph. Querschnitt. lpingo-oophorectomia duplex.		P. op. Temperaturanstieg bis 38°, sonst glatt.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
25.	J.-No. 507. L. M. 24 Jahre. 1 Partus vor 5 Jahren, Wochenbett fieberhaft. Schmerzen im Leibe, besonders links, Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. Ad beiderseits verbacken und adhär
26.	J.-No. 536. A. W. 34 Jahre, verh. s. 9 Jahren. 1 Abort, seitdem Kreuzschmerzen und unregelmässige Menstruation. Seit letzter Zeit Schmerzen im Leibe. Urinbeschwerden, Fluor.	Uterus anteflektiert, beiders. hühn grosse Resistenzen.
27.	J.-No. 547. E. H. 25 Jahre. Nullipara. Dysmenorrhöe, seit der Verh. (1 Jahr) Schmerzen im Kreuz u. Leibe. Urinbeschwerden, Fluor.	Uterus anteflektiert, beiderseits hinten verdickte Adnexe.
28.	J.-No. 551. C. P. 34 Jahre, verh. s. 10 Jahren, 4 Partus, 1 Abort. Vor 5 Monaten anhaltende Blutung und Schmerzen im Leibe. Fluor.	Uterus anteflektiert, links faust intumescierte, unbewegliche Adn
29.	J.-No. 557. E. N. 30 Jahre, verh. seit 10 Jahren, 3 Partus, letzter vor 3 Jahren. Schmerzen im Leibe, bes. links und im Kreuz. Pessarbehandlg.	Uterus retroflektiert, fixiert. Ad sionen beider Adnexe und der hinte Ligamentplatte. Rechtes Ovari etwas vergrössert.
30.	J.-No. 576. M. B. 25 Jahre, verheiratet seit 3 Jahren, 2 Aborte, 6 Wochen nachdem letzten Blutung und Schmerzen.	Uterus anteflektiert, linke Adnexe v grössert und adhärent.
31.	J.-No. 585. C. B. 35 Jahre, verheiratet seit 3 Jahren, 1 Abort vor 5½ Mon. Danach Fieber, heftige Schmerzen im Leibe. Vaginale Inzision eines Eiterherdes, Drainage, nach einiger Zeit wieder starke Schmerzen. Fluor.	Uterus anteflektiert, vergrössert, ei gebacken beiderseits in feste Resistenze links umfänglicher als rechts, auch i hinteren Scheidengewölbe. Eiterabgan aus Scheide und Rektum.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
gliche Oophoritis und Peri- s post., rechtes Fimbrienende geschlossen. lpingo-oophorectomia sin. pingostomatoplastik rechts. Ventrifixura uteri.		Glatt.	17. Mai 1900. Uterus ventrifixiert, vergrössert, rechte Adnexe intumesziert, empfindlich.
iel Adhäsionen, beide Adnexe est verbacken, adhärent. ingo-oophorectomia duplex. nade auf 48 Std. wegen Blutung.		Glatt.	7. Januar 1904. Uterus anteflektiert, Adnexgegenden frei. Ausfallserscheinungen. Z. Zeit der Regel blutige Zeichnung.
s Hydrosalpinx, tief im Becken ärent, linkes Fimbrienende ossen. Suprasymph. Querschnitt, ingo-oophorectomia dextra. pingostomatoplastik links.		Glatt, nur kl. Bauchdeckeneiterung i. recht. Wundwinkel.	Cf. 476 1899/00.
Tube zusammengewickelt, verdickt, mit dem adhärenten m fest verbacken. Rechts Tubenisthmus verdickt. lpingo-oophorectomia sin. Salpingectomia dextra.		Glatt.	9. Januar 1904. Uterus anteflektiert, Adnexgegenden frei. Beschwerdefrei. Menstr. regelm., o. B.
geschlängelt, vergrössert, mit Ovarium auf der hinteren igamentplatte adhärent. Eiterausfluss. pingo-oophorectomia duplex. Ventrifixura uteri.		Am 2. Tag 38,2°, sonst glatt.	Januar 1904. Anfangs Ausfallserscheinungen, sonst beschwerdefrei. Angeblich in der ersten Zeit noch schwache regelm. Blutungen.
dhäsionen, rechte Adnexe o. xe vergrössert, fest verwachsen ktum und hinterer Ligament- Fimbrienende fest verwachs. Adhäsionslösung. lpingo-oophorectomia sin.		Glatt.	
euer feste Adhäsionen zwischen Blase, Darm. Nach der Lösung t man auf den Uterusfundus, von kann man sich um die linken, halben fest verbacknen Adnexe arbeiten. Alte Eitertube, Eiter- s, Rektum verletzung und Naht. backenen recht. Adnexe bleiben . Salp. ooph. ect. sin. Drainage.	4 Wochen a. op. frische Eiterkörperchen, reichlich Mikroorganismen, Stäbchen und Kokken, stellenweise intracelluläre Diplokokken zu Häufchen.	Offene Behandlung glatt, Wunde schliesst sich rasch.	Januar 1904. Secernierende Fistel. Beschwerden geringer.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
32.	J.-No. 604. B. S. 20 Jahre, verheiratet seit 2 Jahren, 1 Abort, Menstruation zuletzt unregelmässig, Blutungen, Schmerzen, Fluor.	Uterus anteflektiert, sehr stark ver Adnexe, besonders rechts. Fie
33.	J.-No. 619. J. W. 39 Jahre, verheiratet seit 13 Jahren, 4 Partus, 1 Abort, seit 4 Jahren Schmerzen im Unterleib.	Uterus retroflektiert, rechte A verbacken und adhärent.
34.	J.-No. 620. E. K. 50 Jahre. 5 Partus, Prolaps.	Fast totaler Prolaps der Vagina. I hypertrophisch, Uterus im Becken fi vielleicht vergrössert, vielleicht be die Adnexe die Vergrösserur
35.	J.-No. 627. M. K. 42 Jahre, verheiratet seit 20 Jahren, 1 Abort, fieberhaft. In letzter Zeit unregelmässige Menstruation, Schmerzen im Leib.	Beiderseits von dem normal gelegg Uterus Adnexresistenzen, rechts fänglicher.
36.	J.-No. 655. H. K. 24 Jahre. Nullipara. Menstruation früher regelmässig, nach der letzten vor 5 Woch. starke Blutung, dabei heftige Schmerzen im Leibe. Fluor.	Uterus nicht vergrössert, in Mi stellung, links daneben und davor im Zusammenhang ein harter Ad tumor, rechts hinter dem Uterus vergrösserten Adnexe.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Tubenrohre verdickt. Bei ng der Adhäsionen mit dem ium Eiterausfluss aus beiden , der linke Ovarialabszess niziert mit Sromanum, das igerkuppe eröffnet ist, Naht. Drainage. ingo-oophorectomia duplex.	Viel frische Leukocyten neben Detritus, mässig viel lange u. breite Stäbchen.	Am 2. Tage 38,2°, sonst fieberfrei. Offen behandelt. Rasche Heilung.	
Adnexe adhärent, Ovarium er hinteren Ligamentplatte erwachsen, Fimbrienende in der Tiefe adhärent. ingo-oophorectomia dextra. Ventrifixura uteri.		Glatt.	Januar 1904. Menstruation regelmässig, vor Eintritt derselben Schmerzen in der linken Seite. Sonst beschwerdefrei.
dextro-retroponiert. Links kopfgrosser Adnextumor, bei ösung Eiterausflus aus der Rechte Adnexe verbacken, adhärent. ingo-oophorectomia duplex. rifixura uteri. Tampon auf 24 Stunden.	Leidlich erhaltene Formelemente, daneben Detritus, gerade Stäbchen in nicht geringer Menge.	Glatt.	Januar 1904. Alle 4 Wochen Nasenbluten und Schwindel, sonst beschwerdefrei.
kindskopfgrosse Tuboovarial- links Hydrosalpinx. Beider- perioophoritische Prozesse. ingo-oophorectomia duplex.		p. op. geringe Temperatursteigerung, sonst glatt.	
Tuben verdickt, entleeren Eiter. Links umfängliche chsungen von Tube, Netz, hinterer Uteruswand. Rechts nkene Adnexe. Suprasymph. Querschnitt. ingo-oophorectomia duplex.	Mässig alte Leukocyten.	p. op. geringe Temperatursteigerung, sonst glatt.	November 1899. 6 Wochen p. op. Periode, regelmässig alle 4 Wochen, nach derselben Beschwerden besonders links. 10. Januar 1904. Uterus fast retroflektiert, hat Pessar getragen, das vor 4 Woch. entfernt wurde. Adnexgegenden o. B. Vollkommen beschwerdefrei und arbeitsfähig.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
37.	J.-No. 659. A. N. 29 Jahre. 2 Partus, regelmässige Menstruation, zur Zeit derselben epileptische Anfälle.	Uterus anteflektiert, linke Adnex grössert, adhärent, ebenso rec
38.	J.-No. 267. M. W. 26 Jahre, verheiratet seit 7 Jahren, 4 Partus, letzter vor 9 Monaten, Menstr. unregelmässig, mit Pessar behandelt, seit 3 Monaten Fluor und Schmerzen im Leib besonders links.	Uterus retrovertiert, vergrössert. Adnexe verdickt.
39.	J.-No. 721. B. B. 26 Jahre, verh. s. 5 Jahren. Menstruation regelmässig. Seit ½ Jahre Schmerzen im Leibe u. Fluor.	Uterus virginalis anteflektiert, hühnereigrosse Resistenz.
40.	J.-No. 728. S. F. 38 Jahre. 20 Jahre verh. Seit 4 Wochen krank, heftige Schmerzen im Leibe, besonders links, Harndrang, Hydrotherapie.	Uterus dextroponiert. Links n ihm ein kindskopfgrosser, un licher Tumor.
41.	J.-No. 729. L. P. 32 Jahre, verh. s. 9 Jahren. 1 Partus, 1 Abort vor 5 J., danach Unterleibsentzünd. Schmerzen im Leibe bes. links. Urinbeschwerden.	Uterus retroflektiert, mobil, linke nexe verbacken, wenig vergrös rechts geringer.
42.	J.-No. 735. A. K. 33 Jahre, verh. s. 15 Jahren. 1 Partus vor 14 Jahren fieberhaft. Besonders seit 2 Jahren Schmerzen im Leib, besonders links, Dysmenorrhöe.	Uterus retroponiert, beide Adnex verdickt, adhärent.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
phoritische Prozesse. Linke mit dem Fimbrienende auf der n Ligamentplatte fest verlötet, Fimbrienende ebenfalls verklebt, Ovarien adhärent. ingo-oophorectomia duplex.		Anfangs geringe Temperatursteigerung, sonst fieberfrei.	1903 gestorben.
Ovarium vergrössert, linke verdickt, hochrot geschwellt. lpingo-oophorectomia sin. Ventrifixura uteri.		Glatt.	
gliche Adhäsionsperitonitis. s Ovarium vergrössert und h, links mit der hinteren ntplatte verbacken. Linkes mbrienende verschlossen. uprasymph. Querschnitt. ingo-oophorectomia dextra. pingostomatoplastik links.		Glatt.	Januar 1904. Uteris virginell, klein. Adnexgegenden frei und unempfindlich, regelmässige Menstruation. Beschwerdefrei.
örmige Adhäsion des Blasens und der linken Tube, zuadhärent dort eine Appendixca. Auch sonst zahlreiche onen. Linkes Ovarium faustcystisch degeneriert, in der dhärent. Darüber linke Tube ntumesciert. Rechts Salpinsthmica, im übrigen Verlauf Fimbrienende verschlossen. s Ovarium parietal adhärent. go-oophorectomia sin. Eiterss, Tamponade auf 24 Std.	Eiterkörperchen zum grossen Teil zerfallen, sehr wenig sich schwach färbende stäbchenförmige Mikroorganismen.	Vom 3.—6. Tage Steigerungen bis 38,6°, sonst fieberfrei und glatt.	Februar 1904. Menstruation stark und unregelmässig, sonst vollkommen beschwerdefrei.
ist der Proc. vermiformis n Adnexen verbacken, in den onen kleine Hydrosalpinx. kleinapfelgrosses cystisches m, adhärent, linke Tube: ca, Fimbrienende verschlossen. s Ovarium gesund. Salpingoectomia sin. Salpingectomia extra, Ventrifixura uteri.		Glatt.	
Ovarien fest adhärent, ebenso uben in der Tiefe verklebt, s Fimbrienende geschlossen. Adhäsionslösung. pingostomatoplastik links, Ventrifixura uteri.		Am 3. Tage Auftreibung des Epigastrium, flatus fehlen. . . . 6. Tag p. op. exitus. Sektion: Konkrementausgüsse in beiden Nierenbecken, Ureteren, stark dilatiert, Ureterverschluss durch Steine. Todesursache: Urämie.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
	1899/00.	
1.	J.-No. 11. A. S. 22 Jahre. Nullipara. Im Anschluss an die Menstruation Bauchfellentzündung. Fieber z. Z. schmerzfrei.	Links gänseeigrosser, unbewe Adnextumor, rechte Tube etwa dickt.
2.	J.-No. 14. A. G. 23 Jahre. 1 Partus, seitdem unregelmässige, starke Menstruation. Seit $^1/_4$ Jahre Schmerzen im Leibe, besonders links und im Kreuz, besonders z. Z. der Menstruation. Fluor.	Resistenzenmassen im Becken, v der Uterus abgrenzbar, links reic Resistenz bis an den Beckenra
3.	J.-No. 19. C. S. 29 Jahre. 1 Partus, seit $^1/_2$ Jahre Schmerzen beiderseits im Leibe.	Uterus retroflektiert, fixiert. L Adnexe verdickt, adhärent.
4.	J.-No. 33. M. M. 31 Jahre. Nullipara. Dysmenorrhöe, Schmerzen im Leibe, besonders links sehr heftig.	Uterus normal gelegen, klein. Li Adnexe verbacken, fest adhärent.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
che Adhäsionen zwischen Blase und den Beckenorganen. em Tumor adhärent verbackene chlingen. In der Tiefe das verte linke Ovarium (Abscess) ken mit der stark geschwollenntzündeten linken Tube, die lls eitrige Flüssigkeit entleert. Adnexe adhärent mit dünnen en. Im S. Romanum gegenlem linken Stumpf eine Pernsöffnung mit speckigen, inen Wundrändern. Naht. Drai-Salpingo-oophorectomia sin.	Ovarialabscesseiter: Eiterkörperchen schlecht erhalten, viel kl. Kokken und Stäbchen vereinzelt. Tubeneiter: Gut erhalten. Formelement. 1 Diplokokkenpaar.	Offene Behandlung, fieberfrei, die Fistel schliesst sich langsam.	
gliche Verwachsungen der norgane und Därme. Ödes Schwellung der Gewebe, Fimbrienende mit dem Uterus verklebt. Linke Adnexe fast nnbar, derart verbacken, in efe des Douglas gänseeigrosse lcyste, die mit der Vagina uniziert (Punktionsöffnung?) ge. Salp.-oophorect. duplex.		Offene Behandlung, anfangs Temperaturen zwisch. 37—38°. Die Fistel schliesst sich rasch. Bei der Entl.: Uterus anteflektiert, linker Stumpf frei, hinter dem Uteruszweige undeutliche Resistenzen (Darmverklebung).	
nglich fixierende Adhäsionen. Hydrosalpinx, fest adhärent. Fimbrienende verschlossen. lpingo-oophorectomia sin. gostomatoplastik rechts. Ventrifixura uteri.		Etwa 7 Stunden p. op. Nachblutung ansch. aus dem linken Stumpf; nochmalige Unterbindung. Weiterhin offene Behandlung, im allg. fieberfrei, Fistel schliesst sich rasch. Entl.: Links taubeneigrosses Stumpfexsudat.	15. Januar 1903. Uterus in Mittelstellung, rechte Adnexe o. B., links geringe Empfindlichkeit. Im allgemeinen beschwerdefrei (Prolaps), hat inzwischen 2 mal abortiert. Menstruation regelmässig.
Tube verdickt, in der Tiefe bt, linkes Ovarium sehr fest adhärent. Suprasymph. Querschnitt. alpingo-oophorectomia sin.		2 Tage p. op. Exitus, cf. Sektion: Peritonitis, Sepsis ausgeh. von einer minimalen Rektumverletzung.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
5.	J.-No. 101. B. G. 38 Jahre, verh. s. 15 Jahren. 1 Partus. Seit 2 Jahren Schmerzen im Leibe, die sich in letzter Zeit steigerten.	Uterus retroflektiert, fixiert. gänseeigrosser, unbeweglich cys Tumor, rechts verbacken, adh Adnexe.
6.	J.-No. 106. A. E. 40 Jahre. Nullipara. Vor 3 Jahren hier an Extrauteringravidität operiert. Seit $^1/_2$ Jahre Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite.	Uterus retroflektiert, fixiert. Adnexe fest adhärent, etwas vergr
7.	J.-No. 140. F. T. 28 Jahre, verh. s. 8 Jahren. 1 Abort vor 7 Jahren, danach lange krank, auswärts operiert, seitdem Schmerzen im Kreuz und im Leib, besonders rechts.	Strahlige Narbe in der Linea Uterus anteflektiert, klein, recht nexe verdickt, verbacken, empfin
8.	J.-No. 230. G. K. 23 Jahre, verh. s. 2 Jahren, 2 Aborte, letzter vor 5 Mon., seitdem Schmerzen im Leibe, Fluor.	Uterus anteflektiert, links davon g eigrosser, prall elastischer Tumor. Scheidegewölbe vorwölbend. Punk wasserhelle Flüssigkeit.
9.	J.-No. 262. E. B. 33 Jahre, verh. s. 8 Jahren. 1 Partus. Angeblich 2 mal Blinddarmentzündung, seit 3 Jahren Schmerzen im Kreuz und Leib, besonders links, vor 8 Monaten angeblich 3 Monate lang unterleibskrank und bettlägerig. Fluor, Urinbeschwerden.	Uterus retroflektiert, linke Adnexe heblich verdickt, rechte wenige
10.	J.-No. 278 J. H. 30 Jahre. Nullipara. Seit 10 Jahren heftige Schmerzen im Leibe, seit 3 Jahren unregelmässige Blutungen, geringer Fluor.	Uterus anteflektiert, linke Adn wenig verdickt, adhärent.
11.	J.-No. 279. A. L. 43 J., verh. s. 18 J. 3 Partus, seit 1 Jahre Schmerzen beiderseits im Leibe. Fluor.	Beiderseits vom Uterus umfängli Tumoren, rechts grösser als links.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
eröses Cystom, Tube darauf bt, rechte Adnexe unter- r verbacken und adhärent. trifixura uteri. Salpingo- orectomia dupl. Drainage.		5 Tage p. op. Exitus, cf. Sektion: Septische Peritonitis.	
ierende Adhäsionen. Linkes n fest adhärent, Tube in Ad- n, sonst gesund. Rechts ca. cm langer Tubenstumpf. Ventrifixura uteri. pingo-oophorectomia sin.		Glatt.	5. Januar 1904. Uterus anteflektiert. Am linken Stumpf pflaumengrosse, empfindliche Resistenz. Schmerzen zeitweise im Leibe, anfangs Ausfallserscheinungen.
ch peritonitische Verwach- zwischen Blase und Darm. Ovarium und Tube ent- fest verbacken. Adhäsionstrennung. ingo-oophorectomia dextra.		Glatt.	
kindskopfgrosses Ovarial- Fimbrienende auf dasselbe ebt. Rechtes Fimbrienende geschlossen. prasymph. Querschnitt. pingo-oophorectomia sin. ingostomatoplastik rechts.		Glatt.	Januar 1904. Im allgemeinen beschwerdefrei. Dysmenorrhöe.
Verwachsungen zwischen den rganen mit Blase und . Linke Tube stark ver- völbt sich über das hühnerei- linke Ovarium, Fimbrien- n Rektum adhärent. Bei der Eiterausfluss. Rechte Ad- e in der Tiefe adhärent. go-oophorectomia sinistra. rainage wegen Blutung.	Alte, schlecht gefärbte Leukocyten, einige schlecht gefärbte Stäbchen.	Glatt, die Wunde schliesst sich rasch.	cf. 559 1900/01.
Adnexe wenig verdickt, aus e entleert sich wenig Eiter, arium etwas adhärent. prasymph. Querschnitt. go-oophorectomia sinistra.	Frische Eiterkörperchen.	Glatt.	18. Januar 1900. Uterus anteflektiert, Adnexgegenden frei.
elseitiges Ovarialhämatom, über kindskopfgross, links einer. Viel Adhäsionen. ngo-oophorectomia duplex. Drainage.		Glatt, die Wunde schliesst sich rasch.	Januar 1904. Vollkommen beschwerdefrei.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
12.	J.-No. 297. M. H. 40 J., verh. s. 12 J. 1 Partus, Menstruation regelmässig, früher mit Pessar und Ichthyoleinlagen behandelt. Seit 1 Jahr Schmerzen im Kreuz und Leib.	Uterus retroflektiert, fixiert. Adnexe hühnereigross, fest adh rechte Adnexe ebenfalls adhär
13.	J.-No. 322. S. L. 23 Jahre. 1 Partus vor 2 Jahren fieberhaft, seitdem Schmerzen im Leibe, besonders rechts, besonders zur Zeit der Menstr. Fluor.	Rechtes Ovarium vergrössert, Tube verdickt. Linke Adnexe scheinend adhärent.
14.	J.-No. 332. A. B. 31 J. 2 Partus, 1 Abort vor $1^1/_2$ Jahren, seitdem Schmerzen im Kreuz und im Leibe, besonders links.	Uterus retrovertiert, links hinten Linke Adnexe verdickt, adhäre
15.	J.-No. 338. M. G. 33 Jahre. 1 Partus vor 7 Jahren fieberhaft. Prolapsbeschwerden.	Kindskopfgrosser Prolaps, Dek geschwüre.
16.	J.-No. 352. S. J. 34 Jahre. 5 Partus, seit Jahren Schmerz im Kreuz und Leib. Fluor.	Uterus anteflektiert, linke Adnexe backen, adhärent; rechts längl über hühnereigrosser Adnextum
17.	J.-No. 368 A. T. 26 Jahre. 1 Partus vor 5 Jahren, seitdem Schmerzen in der rechten Seite. Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. Be seits Adnexe verbacken und fixi
18.	J.-No. 409. M. S. 45 Jahre, verh. s. 21 Jahren. 1 Partus, seit $^1/_2$ Jahre Kreuzschmerzen, wässrig-blutiger Ausfluss.	Cervixkanalkarcinom, rechts vom Ut ein über hühnereigrosser Tumor
19.	J.-No. 476. E. H. 27 Jahre. Nullipara cf. 547 1898/99. Salpingo-oophorectomia dextra und links Salpingostomatoplastik vor $1^1/_2$ Jahren. 3 Mon. p. op. Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite.	Uterus klein, anteflektiert, links da eine faustgrosse, schlaffe Cyste.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
dünnwandiges polycystisches kystom, darüber ziehende rechts Ovarium mit der n Ligamentplatte verlötet, nende geschlossen. Salpingo-ectomia sinistra. Salpingo-stomatoplastik rechts. Ventrifixura uteri.		Glatt.	
Ovarien fest adhärent, rechtes sert. Adhäsionen. Rechte n ampullären Teil stark ver-kt, Fimbrienende offen. uprasymph. Querschnitt. ngo-oophorectomia dextra.		Glatt.	
dhäsionen, linke Adnexe ver-en, Ovarium fest verlötet. pingo-oophorectomia sin. Ventrifixura uteri.		Im allg. glatt, am 11. u. 13. Tg. p. op. Temperatursteigerung.	November 1900. Beschwerdefrei, gravid im 3. Monat.
dhäsionen hinter dem Uterus. Adnexe verbacken, gänseei-grosse Ovarialcyste. pingo-oophorectomia sin. Ventrifixura uteri.		Anfangs Steigerung bis 39°, sonst glatt.	
seröse Cysten des Ovariums, Ovarium fest adhärent, beide mbrienenden geschlossen. ingo-oophorectomia dextra.		Anfangs geringe Steigerungen, sonst glatt.	Januar 1904. Uterus antefl. Adnexgegenden frei. Dysmenorrh. Beschwerden.
dhäsionen, rechte Adnexe in fe verbacken, mit dem Proc. rmis verbunden; Tube in-iert, entzündet, Fimbrienende ssen. Wegen Blutung Tam-ponade auf 48 Std. ingo-oophorectomia dextra. Ventrifixura uteri.		Glatt.	
Tube wurstförmig verdickt, sfluss. Totalexstirpation und go-oophorectomia dextr. per vaginam.		Glatt.	August 1900. Recidiv.
ose adhärent an der dünn-ren multiloculären Cyste, die der Tiefe verbacken ist. lpingo-oophorectomia sin.		Anfangs geringe Temperatur-steigerungen, sonst glatt.	Januar 1904. Ausfalls-erscheinungen. cf. 98/99 547, noch geringe Beschwerden.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
20.	J.-No. 478. E. K. 17 Jahre. Nullipara, tuberkulös belastet. Seit 1¼ J. cessiert die Menstruation, der Leib ist in letzter Zeit stark aufgetrieben und heftige Schmerzen in der linken Seite. Diarrhöen.	Beiderseits Adnextumoren von Hü grösse, Uterus nicht zu untersch
21.	J.-No. 488. M. J. 26 Jahre. 3 Partus, 1 Abort, seit 3 Wochen Schmerzen in der linken Seite. Fluor.	Uterus anteflektiert, links faustgr fest verwachsener Adnextumor. M Adnexe adhärent, nach oben verz Punktion: Eiter.
22.	J.-No. 499. M. S. 20 Jahre. 2 Partus, letzter vor ¾ Jahren. Dysmenorrhöe, seit 2 Jahren Schmerzen, besonders links im Leibe und Fluor. Urinbeschwerden.	Uterus anteflektiert, linke Tube dickt, Ovarium adhärent.
23.	J.-No. 504. 22 Jahre. Nullipara. Menstruation regelmässig, mit Beschwerden, seit ¼ Jahre Schmerzen im Leib. Fluor (seit 4 Jahren).	Uterus anteflektiert, linkes Ovari vergrössert, beiderseits Adnexe adhär
24.	J.-No. 543. C. R. 21 Jahre. 1 Partus vor 2 Jahren, seitdem Schmerzen, Pessarbehandlung und Einlagen, seit 2 Monaten sind die Schmerzen heftiger. Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert, linke A nexe verbacken, adhärent.
25.	J.-No. 552. S. M. 27 Jahre. 2 Partus, nach dem letzten krank mit Schmerzen im Leib. Vor 2 Jahren nach Unfall starke Blutung, ausserhalb Abrasio und Pessar, keine Besserung, Schmerzen im Leibe und Kreuz.	Uterus in Mittelstellung, hinten fixi rechte Adnexe wenig vergrössert, härent.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
ealtuberkulose. Umfängliche nd Darmverklebungen, eben- Blase und Beckenorganen. Tube etwas vergrössert, mit i-käsiger Masse angefüllt, nende offen, deformiert; Ovarium infantil klein. Links igrosser, morscher Sack, dem n angehörend, in Adhäsionen, die fast unkenntliche Tube. klein, mit der Blase ver- n. Salpingo-oophorectomia . Salpingectomia dextr. utatio uteri supravaginalis.		Temperaturen zwischen 37—39°. Am 3. Tage p. op. Wiedereröffnung des Abdomens, im unteren Teile entleert sich fäkulente Flüssigkeit. Tamponade. Abends Exitus. cf. Sektion: Peritonitis infolge Perforation eines tuberkulösen Ulcus im Jejunum. Verkäste Bronchialdrüsen, tuberk. Pleuritis, Lungen frei.	
ke Adnextumor, bestehend rgefüllter Tube und Ovarium lon descendens und Mesen- fest verwachsen. Rechts viel Adhäsionen. pingo-oophorectomia sin.	Tubeneiter: frische Eiterkörperchen, vereinzelte nicht intracelluläre Diplokokken.	Glatt.	
Adnexe gesund, linke Tube verdickt zu sein, feste Adhäsionen. pingo-oophorectomia sin.		Glatt.	
eits lange, am peripheren verdickte Tuben, Fimbrien- geschlossen, fest adhärent. m adhärent, links vergrössert. ngo-oophorectomia duplex.		Glatt.	30. Juli 1900. Adnexgegenden zart, Uterus dextrovertiert. Ausfallserscheinungen.
des retroflektiert fixierten mit dem Netz verklebt, des- n die in die Höhe gezogene ube, linkes Ovarium mit der gamentplatte fest adhärent. pingo-oophorectomia sin. Ventrifixura uteri.		Glatt.	
Adnexe gesund. Rechte Tube erdickt, Fimbrienende an der enwand adhärent; Ovarium gerötet, mit der h. Ligament- verwachsen. Adhäsionen be- rechts am Uterus. Supras. hnitt. Salpingo-oophorec- dextra. Ventrifixura uteri.		Glatt.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
26.	J.-No. 604. L. B. 52 Jahre. 3 Partus. Seit 6 Jahren Menopause. Wegen Prolaps vor 1/2 Jahre ausserhalb operiert, seit 2 Monaten Prolapsrezidiv und Schmerzen im Unterleib.	Uterus verdickt, vergrössert, flektiert, fixiert. Adnexe links lich fühlbar, vergrössert.
27.	J.-No. 631. P. J. 35 Jahre, 9 Jahre verheiratet. Nullipara. Dysmenorrhöe, seit langer Zeit Schmerzen im Leib und Kreuz. Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert, Ovarien fest adhärent auf d Ligamentplatte, links etwas vergr
28.	J.-No. 664. E. K. 32 Jahre. 3 Partus, letzter vor 4 Jahren, seitdem Schmerzen im Kreuz und Leib, besonders z. Z. der Periode.	Uterus retroflektiert, fixiert, beid nexe adhärent.
29.	J.-No. 672. P. K. 23 Jahre. 1 Partus, 1 Abort, seitdem Schmerzen im Leibe, Fluor, Urinbeschwerden.	Uterus retroflektiert, fixiert, Ovarium vergrössert, links adhä
30.	J.-No. 674. M. G. 27 Jahre. 4 Partus, 2 Aborte. Menstruation in letzter Zeit unregelmässig, seit der Verheiratung (6 Jahre) Schmerzen im Leib und Kreuz, seit 2 Jahren heftiger.	Uterus retroflektiert, beweglich. Li Adnexe taubeneigross, verbacken, re Ovarium vergrössert.
31.	J.-No. 720. M. T. 21 Jahre. 1 Partus, seit 4 Mon. Schmerzen im Leibe, besonders z. Zeit der Periode.	Uterus retroflektiert, fixiert. Rec Ovarium hühnereigross, Tuben an adhärent.
32.	J.-No. 734. B. S. 26 Jahre, verh. s. 4 Jahren. Nullipara, seit der Verheiratung Schmerzen im Leib u. Kreuz, lange mit Einlagen behandelt, Dysmenorrhöe.	Uterus retroflektiert, fixiert. Adn ansch. beiderseits adhärent, verdi

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
vergrösserung bedingt durch eitige, grosse Pyosalpinx, am fest angeklebt, desgl. an der gamentplatte fest adhärent. echte Adnexe atrophisch. lpingo-oophorectomia sin. fix. ut.; Colporrh. ant. et post.	Keine Mikroorganismen.	Im allgemeinen glatt, geringe Bauchdeckeneiterung.	
seits fest adhärente Ovarien, s Fimbrienende umfänglich et. Suprasymph. Querschnitt. pingo-oophorectomia dextra. Ventrifixura uteri.		Glatt.	
e Tube durch Adhäsionen so mengebogen, dass das Fimnde an der uterinen Insertion g. rot. liegt. Links Fimbrienin der Tiefe adhärent. Beide en z. T. cystisch, links adhärent. lpingo-oophorectomia sin.		Glatt.	7. Januar 1904. Uterus anteflektiert, Adnexgegenden frei. Menstruation alle 14 Tage bis 3 Wochen, mit geringen Beschwerden nachher (anämische Frau), sonst beschwerdefrei.
es Ovarium hühnereigross, ch degeneriert, fest adhärent, nicht vergrössert, adhärent. Suprasymph. Querschnitt. pingo-oophorectomia dextra. Ventrifixura uteri.		Geringe Steigerungen. Wunde secerniert, Heilung p. s.	
es Ovarium vergrössert, Ad- n zwischen diesem und der Links geschlängelte Tube em vergrösserten Ovarium ad- härent durch Stränge. pingo-oophorectomia dextra. Ventrifixura uteri.		Glatt.	
puglas etwas blutige Flüssig- geplatzte Ovarialcyste). Linkes um und beide Tuben adhärent, es Fimbrienende dicht am Uterus liegend. pingo-oophorectomia dextra. Ventrifixura uteri.		Temperatursteigerungen um 38°. Bei der Entl. rechts apfelgrosses Exsudat.	
tende Adhäsionen am Uterus- s hinten und vorn mit der Beide Tuben mässig ver- Ovarien etwas adhärent. symph. Querschnitt. Adslösung. Ventrifixura uteri.		Glatt.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
33.	J.-No. 742. P. H. 44 Jahre. 2 Partus, 1 Abort, in letzter Zeit unregelmässige Blutungen und Schmerzen im Kreuz und Leib.	Uterus retroflektiert, fixiert. A beiderseits verdickt und adhäre
34.	J.-No. 750. E. E. 40 Jahre, verh. s. 15 Jahren. 1 Abort. 2 mal gonorrhoisch infiziert und daran hier behandelt. Dysmenorrhöe, vor 11 Monaten Unterleibsentzündung. Fluor, Fieber.	3. September 1899. Abdomen a trieben, in der linken Beckenh eine Resistenz bis 3 Querfinger u halb des Nabels, über der Symp undeutliche Fluktuation, Uterus n abgrenzbar. Punktion von der Sch aus: dünnflüssiger gelber Eiter, der steril erweist. Opium, Eisblase, B ruhe. 16. November 1899 In linken Hälfte des Beckeneingangs wurstförmige Resistenz mit höckr harter Oberfläche, den oberen Sch beinast um 2 Querfinger überrage Uterus undeutlich abgrenzbar, a normal gelegen. Rechte Beckenh ansch. frei.
35.	J.-No. 775. M. K. 39 Jahre. 5 Part., 1 Abort vor 2 Jahren, danach krank. Seit dem letzten Partus vor 5 Mon. Schmerzen im Leibe beiderseits und im Kreuz.	Uterus dextroponiert, links hint demselben eine brettharte Resisten (Punktio sicca); linke Adnexe faus gross intumesciert, rechts frei.
36.	J.-No. 780. A. O. 33 Jahre, 2 Part., 1 Abort vor 7 Jahren fieberhaft, seitdem Schmerzen im Leib und Kreuz. Seit 4 Jahren unregelmässig. Menstr. mit Beschwerden. Ischuria paradoxa.	Uterus anteflektiert, beiderseits ve dickte und verbackene Adnexe.
37.	J.-No. 781. M. K. 41 Jahre, verh. s. 19 Jahren. Nullipara. Dysmenorrhöe, seit 5 Jahren Schmerzen im Leib und Kreuz, mit Einlagen und Pessar behandelt, seit 4 Monaten keine Periode, heftige Schmerzen. Urinbeschwerden.	Uterus retrovertiert, fixiert. Adne beiderseits adhärent, linkes Ovariu vergrössert.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Tuben verdickt, Fimbrienende ossen, linke Tube enthält etwas lut, rechte trüb seröse Flüssig- Beide Ovarien an der hinteren igamentplatte adhärent. pingo-oophorectomia dupl. Ventrifixura uteri.	Inhalt der Tube: gut gefärbte Leukocyten in mässiger Menge.	Glatt.	
ovember 1899. Colon sehr aufgebläht. Über dem Tumor sseitige, grosse Pyosalpinx — dhäsionen; rechts adhärente, vergrösserte Adnexe. Uterus rechts gedrängt. Mühevolle ng aus den Adhäsionen. haft Eiterausfluss. In der les Douglas noch ein Recessus Eiter, wird stumpf eröffnet. ingo-oophorectomia duplex. Gefahr der Darmperforation: Drainage.	Zahlreiche Stäbchen und Kokken, übelriechender Eiter.	Täglich Verbandwechsel. Temperatur um 37°. Reichliche Wundsekretion aus der Tiefe. 24. Februar. Incision von der Scheide aus, Jodoformgaze. 28. Febr. Aus der Wunde zeitweise fäkulent riechender Eiter, zeitweise Ileuserschein. 15. März. Kleine secernierende Fistel. Scheidewunde geschlossen, im ob. Teil der Bauchwunde Hernienbildung Uterus in Mittelstellung, fixiert, links dahinter eine derbe Resistenz, rechts zart. Entlassen.	13. Januar 1904. Uterus retroflekt., fixiert. Schwielige, noch empfindliche Resistenz von Hühnereigrösse mit der alten vaginalen Incisionsnarbe in Verbindung, rechts frei. Zuweilen Schmerzen im Leib, viel Ausfluss, anfangs angeblich noch Periode p. op. jetzt ohne Beschwerden, früher schmerzh. Kopfschmerzen, Blutwallungen.
Tube nicht verdickt, liegt m stark vergrösserten Ovarium, it der vorderen Rektumwand ler hinteren Ligamentplatte erlötet ist; schwere Lösung, erausfluss (Ovarialabszess). lpingo oophorectomia sin.	Frische Leukocyten, Kokken in Kettenform.	Eiterung aus dem unteren Wundwinkel. Ausser 2 maligen Temperatursteigerungen sonst fieberfrei.	13. Januar 1904. Uterus anteflektiert, links hinten eine schwielige Resistenz unempfindlich. Ab u. zu Schmerzen im Leibe. Menstruation regelmässig, cessiert seit 3 Monaten.
seits Tubenverschluss, rechts Verbackung besonders des ums mit der hinteren Ligament- platte, links geringer. pingo-oophorectomia duplex.		Glatt.	
Adhäsionen beiderseits, links bungen der Adnexe oberhalb ckens neben der Flexur, rechts n Douglas. Linkes Ovarium cystisch vergrössert. pingo-oophorectomia duplex.		Glatt. Bei der Entl. links eine leicht empfindliche Resistenz.	10. Januar 1904. Uterus anteflektiert, in der linken Adnexgegend eine unempfindliche Resistenz, dicht am Uterus. P. op. angeblich noch 6 mal regelmässige Periode mit Beschwerden. Mässige Ausfallserscheinungen.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
	1900/01.	
1.	J.-No. 4. A. G. 29 Jahre. Nullipara, Menstruation regelmässig, seit einigen Wochen Schmerzen im Leib und Kreuz.	Uterus retroflektiert, fixiert, I mässige Intumescenzen, mit denen Uterus verbacken ist, rechts anschein frei.
2.	J.-No. 20. O. P. 26 Jahre. 1 Partus vor 3 Jahren, seitdem Schmerzen besonders in der rechten Seite. Mit Pessar behandelt. Menstruation regelmässig.	Uterus retroflektiert, fixiert, Adn beiderseits verbacken und adhär besonders links.
3.	J.-N. 21. C. D. 28 Jahre. 2 Partus, letzter vor $^3/_4$ Jahren, seitdem Schmerzen im Leib, die sich steigerten. Menstruation regelmässig.	Uterus anteflektiert, linke Adne verdickt.
4.	J.-N. 24. A. B. 31 Jahre. Nullipara. Dysmenorrhöe. Seit 5 Mon. Schmerzen links im Leibe. Fluor.	Uterus anteflektiert, linke Adnex verdickt, adhärent.
5.	J.-No. 28. P. S. 30 Jahre. 2 Partus, 1 Abort vor $1^1/_2$ J., seitdem Schmerzen im Leib; in letzter Zeit unregelmässige Blutungen. Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. Link hühnereigrosse Resistenz, rechtes Ova rium vergrössert.
6.	J.-No. 32. A. P. 1 Partus. Dysmenorrhöe, nach dem Partus (vor 1 Jahr) Unterleibsentzündung, Fieber, lange Zeit resorptive Behandlung. Schmerzen im Leibe. Fluor, Urinbeschwerden.	Uterus anteflektiert, linke Adnexe ve backen, rechts ebenfalls.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
rseits Tubenwand stark in-rt, sehr feste Adhäsionen u. a. ünndarm und Netz, besonders nks. Salp. ooph. ect. dpl.	In ihrer Form gut erhaltene Eiterkörperchen, sehr zahlreich, keine Bakterien.	Zweimal Temperatursteigerung (Stichkanaleiterung), sonst glatt.	Januar 1904. Geringe Ausfallserscheinungen; hat angeblich noch Periode.
retroflektierte Uterus mit dem nterium flächenhaft verbacken. Adnexe verbacken, im Douglas ent, besonders links. Rechts imbrienende verschlossen. Suprasymph. Querschnitt. alpingo-oophorectomia sin. lpingostomatoplastik rechts, Ventrifixura uteri.		Glatt.	
odomen einige Esslöffel blutig-r Flüssigkeit. Links Ovarium vergrössert, linke Tube ver-starres Rohr mit einigen n Prominenzen, wie kleinste kel aussehend. Peritoneum und Darm frei. alpingo-oophorectomia sin.		Glatt. Entl. Links eine kleine unempfindliche Resistenz, rechte Adnexe druckempfindlich.	15. Januar 1904. Beschwerdefrei, Menstruation regelmässig, seitdem 2 spontane Partus, z. Z. gravid im V. Monat. Adnexgegenden unempfindlich.
Adhäsionen, Ovarium ver-ert, an der hinteren Ligament-verklebt. Suprasymph. Quer-t. Salpingo-oophorectomia sin.		Glatt. Links Stumpfexsudat.	12. Februar 1901. Links schmerzhafte Resistenz, rechts geringer Adnexbefund. Schmerzen links.
Adhäsionen. Linke Adnexe frei; Intumescenz liegt im Paraum unter einer 4—5 cm langen lenförmigen Narbe in der oberen des linken Ligaments. Rechtes arium vergrössert, adhärent. pingo-oophorectomia dextra. Ventrifixura uteri.		Glatt. Links die erwähnte Resistenz.	
Tube im ampullären Teil ver-, Fimbrienende geschlossen, um cystisch degeneriert, mitder durch Adhäsionen ver-n; rechts gleichfalls, Fimbrienende ebenfalls geschlossen. alpingo-oophorectomia sin. lpingostomatoplastik rechts.		Glatt.	30. Januar 1901. Ab und zu Schmerzen links, Uterus anteflektiert, nach links anscheinend adhärent.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
7.	J.-No. 33. M. H. 31 Jahre, verheiratet seit 6 Jahren. Nullipara. Seit 2 Jahren Schmerzen im Leib und Kreuz; alle 14 Tage Blutungen. Fluor, Urinbeschwerden.	Uterus anteflektiert; linke Adnexe dickt, im Douglas adhärent, rec Ovarium ebenfalls vergrössert, we beweglich.
8.	J.-No. 55. M. S. 30 Jahre, 2 Partus, letzter anscheinend fieberhaft, vor 4 Monaten Schmerzen rechts im Leibe. Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert, verbac mit den adhärenten rechten Adnex
9.	J.-N. 57. E. O. 41 Jahre. 1 Partus, in letzter Zeit unregelmässige Blutungen, Schmerzen im Leib, besonders links. Fluor.	Links ein bis 3 Querfinger über d Nabel reichender weicher Tumor, Cerv kanalcarcinom. Vergrösserte Inguin drüsen.
10.	J.-No. 74. A. M. 32 Jahre, verheiratet seit 5 Jahren, Nullipara, seit der Verheiratung Schmerzen in der rechten Seite und im Kreuz; seit 1 Jahre unregelmässige, starke Menstruation. Fluor.	Uterus klein, anteflektiert. Link Adnexe verdickt, adhärent, rechte fa gross, fest verwachsen.
11.	J.-No. 85. P. H. 45 Jahre, 1 Partus anscheinend fieberhaft, Dysmenorrhöe, lange mit Pessar behandelt, Schmerzen seit der Entbindung (vor 23 Jahren) im Leibe, besonders links und im Kreuz. Blasenbeschwerden. Prolaps.	Uterus retroflektiert, fixiert. Recht Adnexe verbacken, adhärent, linke i geringen Maße.
12.	J.-No. 92. A. G. 26 Jahre. Nullipara, unregelmässige Menstruation mit Beschwerden. Seit 7 Jahren Schmerzen im Leib und Kreuz, die sich in letzter Zeit verschlimmerten. Blasenbeschwerden, Fluor.	Uterus anteflektiert; linke Tube ver dickt, Ovarium etwas vergrössert, adhärent.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
bdomen blutig-seröse Flüssig- (geplatzte Cyste des linken ums) links Ovarium und Tube lexur und untereinander ver- n. Rechte Tube Wandver- ig, Fimbrienende geschlossen. uprasymph. Querschnitt. lpingo-oophorectomia sin. pingostomatoplastik rechts.		Glatt.	7. Januar 1904. Uterus anteflektiert, Adnexgegenden frei, links etwas empfindlich. Menstruation regelmässig, beschwerdefrei.
ndus des retroflektiert fixierten s sind Dünndärme adhärent die auf der hinteren Ligament- atte verbackenen Adnexe. oph. ect. dextr. Ventrifixura ut.		Geringe Steigerung (Stichkanal-eiterung), sonst glatt.	
ks kindskopfgrosse, seröse lcyste, Tuben beiderseits ver- starke Adhäsionen. Eiteraus- Modific. Freund'sche Total-exstirpation.	Zahlreiche Eiterkörperchen, keine Bakterien.	Temperaturen bis 40°. 16. Tag p. op. Incision in der linken Inguinalgegend, praefascialer Abscess. Temp.-Abfall.	27. Novemb. 1900. Recidiv.
seits geschwollene Tuben, Wandinfiltration, Fimbrien- geschlossen. Rechts fest ver- backener Ovarialabscess. pingo-oophorectomia dextra. Salpingectomia sin.	Frische Leukocyten, stäbchenförmige Bakterien in langen Ketten.	Bei Entfernung der Nähte im oberen Teil der Bauchwunde Eiterausfluss, 2—3 cm lange Fistel. Später dort Anfrischung und Sekundärnaht. Temperaturen: 37—38°.	13. Januar 1904. Uterus anteflektiert, sinistrovertiert, rechte Adnexgegend o. B., links Ovarium nicht vergrössert. Menstruation unregelmässig. Beschwerdefrei.
brienenden beiderseits ver- en, links umfängliche Ad- en, rechts ist das Fimbrien- uf die hintere Ligamentplatte gelötet, Ovarium verbacken. ingo-oophorectomia dextra. pingostomatoplastik links. fix. ut. Colporrh. ant. et post.		Glatt.	
Ovarium verdickt und klein- bisch degeneriert; Tube im schen Teile etwas verdickt rr. Suprasymph. Querschnitt. lpingo-oophorectomia sin.		Glatt.	15. Januar 1904. Uterus anteflektiert, linke Adnexgegend frei, etwas empfindlich. Menstruation regelmässig; zeitweise Beschwerden.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
13.	J.-No. 102. P. F. 27 Jahre, verheiratet seit 1 Jahre, 1 Partus vor 6 Jahren, anscheinend fieberhaft. Starke, unregelmässige Menstruation. In letzter Zeit andauernd Blutungen, Schmerzen im Kreuz.	Uterus retroflektiert, fixiert. Linke Adnexe wenig verdickt, Ovarium fest adhärent. Rechts taubeneigrosse Ovarialcyste.
14.	J.-No. 105. J. K. 50 Jahre, 4 Partus, in letzter Zeit unregelmässige Blutungen. Fluor seit 10 Jahren und Schmerzen im Kreuz und Leibe.	Uterus anteflektiert, links fixiert, beiderseits Adnexe verdickt, besonders links.
15.	J.-No. 109. L. W. 30 Jahre, verheiratet seit 2 Jahren, 1 Partus vor 4 Jahren, fieberhaft. Seit der Verheiratung Schmerzen im Leibe, besonders links. Früher mit Pessar behandelt, unregelmässige Menstruation, Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert, links hinten mit den Adnexen verbacken.
16.	J.-No. 144. M. K. 39 Jahre, verheiratet seit 8 Jahren, 4 Aborte, erster fieberhaft. Schmerzen seitdem im Leibe und im Kreuz. Fluor, Urinbeschwerden.	Uterus anteflektiert, beiderseits und dahinter verbackene Adnexe.
17.	J.-No. 145. A. M. 24 Jahre, 3 Partus, 2 Aborte, seit der letzten Entbindung vor 1 Jahre krank, unregelmässige Menstruation mit Beschwerden, besonders rechts.	Uterus anteflektiert, rechte Adnexe über Faustgrösse intumesciert, linke ebenfalls, in geringerem Maße.
18.	J.-No. 171. A. K. 31 Jahre, 1 Partus vor 8 Jahren, seitdem Schmerzen im Leibe; lange poliklinisch behandelt. Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. Adnexe besonders links adhärent.
19.	J.-No. 174. A. S. 31 Jahre. 2 Partus, letzter vor 9 Jahren, seitdem zeitweise Schmerzen im Leibe und Kreuz, die in letzter Zeit sich steigerten.	Uterus retroflektiert, fixiert, rechte Adnexe anscheinend adhärent.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
s hühnereigrosse Ovarialcyste, rienende verschlossen. Links um fest adhärent, Tubenwand ig infiltriert. Suprasymph. Querschnitt. lpingo-oophorectomia dextra. Ventrifixura uteri.		Kompliziert durch Pneumonie.	1904. Angeblich später Blutungen, nochm. operiert auswärts. Jetzt beschwerdefrei.
exstirpation p. vag. samt den xen. Tampon wegen Blutung aus den Stümpfen.		Temperaturen um 38° die ersten 12 Tage.	Januar 1904. Links kleine Resistenz, empfindlich, Ausfallserscheinungen, Schmerzen i. der linken Seite.
ngliche Adhäsionen besonders hinten. Linke Tube verssen. Suprasymph. Querschnitt. Salpingostomia sin. Ventrifixura uteri.		Glatt. Entl.: hinter der Cervix. Empfindlichkeit, sonst o. B.	
Adnexe verbacken unterder und besonders hinten mit n Uterus. Feste Adhäsionen. lpingo-oophorectomia dextra. ngectomia sin. Tamponade auf 4 Stunden wegen Blutung.		Glatt.	20. Januar 1904. Uterus anteflektiert, Adnexgegenden frei. In letzter Zeit Menstruation unregelmässig, beschwerdefrei.
echte Tube stark geschwellt, um enthält Abscesshöhle mit flüssigem Eiter. Linke Adnexe falls verlötet, Tube wenig verkt. Salpingo-oophorectomia dextra. Drainage.	Frische Eiterkörperchen, zahlreiche stäbchenförmige Bakterien in Ketten (Streptokokken).	Anfangs Temperatursteigerungen bis 39,8°, offene Behandlung, dann fieberfrei. Entl.: geringe Resistenzen in beiden Adnexgegenden.	Januar 1904. Beschwerden, besonders z. Zeit der Periode.
enhaft alte Adhäsionen am is und Adnexen. Suprasymph. ierschnitt. Adhäsionslösung. Ventrifixur.		Glatt.	August 1900. Adnexgegenden frei. Beschwerdefrei.
enhaft Adhäsionen, rechtes ium verlötet, Tubenende verchlossen. Adhäsionslösung. lpingostomatoplastik rechts. Ventrifixura uteri.		Glatt.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
20.	J.-No. 202. M. S. 39 Jahre, verheiratet seit 14 Jahren. Nullipara. Seit 2 Jahren sehr unregelmässige Menstruation, seit letzter Zeit Schmerzen im Leibe, besonders links.	Uterus anteflektiert, klein. Beid Ovarien adhärent, rechtes etwas ver grössert. Tuben verdickt.
21.	J.-No. 246. E. B. 39 Jahre. 9 Partus. Seit einigen Monaten heftige Schmerzen im Leib und Kreuz, 13tägige Blutung, Fluor, Stuhlbeschwerden. Menstruation unregelmässig.	Uterus anteflektiert, links ein faust grosser Adnextumor, adhärent.
22.	J.-No. 258. M. M. 28 Jahre, verheiratet 1 Jahr. 1 Partus vor 4 Jahren, seit ca. 4 Monaten stärkere Blutung, Schmerzen beiderseits im Leibe, Fluor.	Uterus anteflektiert, nicht vergrössert Beide Adnexe wenig verdickt, ver backen, empfindlich.
23.	J.-No. 264. C. K. 27 Jahre. 1 Partus, 2 Aborte. Langdauernde Menstruation mit mässigen Beschwerden, Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. Adnexe beiderseits verbacken und besonder rechts verdickt.
24.	J.-No. 266. A. R. 27 Jahre. 2 Partus, seit dem letzten vor 3 Jahren Schmerzen im Leibe beiderseits. Urinbeschwerden.	Uterus anteflektiert, beiderseits Ovarien stark vergrössert, Adnexe adhärent.
25.	J.-No. 270. M. S. 30 Jahre, verheiratet seit 7 Jahren. Nullipara. Vor 4 Jahren Gonorrhöe und wegen Gebärmutterentzündung behandelt. Seitdem Schmerzen im Leibe beiderseits, Fluor.	Uterus klein, anteflektiert. Doppelseitiger, etwa hühnereigrosser Adnexbefund.
26.	J.-No. 271. J. G. 29 Jahre, verheiratet seit 7 Jahren. Nullipara. Dysmenorrhöe, seit längerer Zeit Schmerzen im Leib und Kreuz. Poliklinisch behandelt. Urinbeschwerden.	Uterus anteflektiert, linkes Ovarium vergrössert, adhärent.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
eiderseits mässige Hydrosalpinx, nks deutliche Isthmica, Ovarien eiderseits adhärent, besonders links. Suprasymph. Querschnitt. Salpingo-oophorectomia sinistra. Salpingectomia dextra.		Glatt.	
inks umfängliche Pyosalpinx mit arken Adhäsionen mit Uterus, lase, Darm. Eiterausfluss. Rechte Adnexe erkrankt, verbacken. Salpingo-oophorectomia duplex.	Alte Eiterkörperchen, Diplokokken in Menge.	Im allgemeinen glatt. Höchste Temperatur 38°.	
assenhaft Adhäsionen. Beiderseits ubenverschluss, rechts Isthmica, chtes Ovarium vergrössert und tzündet, links weniger. Salpingo-phorectomia dextra mit Excision r Tubenecke. Salpingostomato-plastik links. Ventrifixura uteri.		Glatt. Bei der Entl. links geringe schmerzhafte Resistenz.	
eiderseits ausgedehnte Verkle-ungen zwischen Ovarien, Tuben, nterer Uteruswand und Flexur. nks Fimbrienende geschlossen, chts Hämatom des Ovariums. Salpingo-oophorectomia dextra. Salpingostomatoplastik links. Ventrifixura uteri.		Glatt.	
eiderseits hühnereigrosse, cystisch generierte Ovarien, fest adhärent. eide Fimbrienenden verlötet. Kl. umpf des rechten Ovariums zurück-lassen. Salpingo-oophorect. dupl.		Glatt.	
eiderseits Tubensäcke v. mässigem mfang, massenhaft Adhäsionen, arien adhärent. Suprasymph. Querschnitt. Salpingo-oophorectomia sinistra. Salpingectomia dextra.		Glatt.	
nkes Ovarium vergrössert, cystisch, härent. Linkes Fimbrienende mit r rechten Tube verlötet durch ein ngeschaltetes Dermoid von Kirsch-rngrösse, das anscheinend dem ken Ovarium entspringt. Massenhaft Adhäsionen. Suprasymph. Querschnitt. Salpingo-oophorectomia sinistra. Salpingostomatoplastik rechts.		Geringe Steigerungen sonst glatt. Entl: links hinten kleine Resistenz.	7. Januar 1904. Uterus anteflektiert, dextrovertiert. Adnexgegenden frei und unempfindlich. Menstruation regelmässig, z. Z. derselben Beschwerden (typischer Basedow!), sonst beschwerdefrei.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
27.	J.-No. 273. M. H. 42 Jahre. 6 Partus. Menstruation regelmässig, seit ca. 4 Monaten Schmerzen im Leib, der dicker wurde. Fluor, Prolaps.	Uterus retroflektiert, fixiert, beson rechts. Prolaps.
28.	J.-No. 283. A. N. 28 Jahre. Nullipara. Menstruation unregelmässig, mit Beschwerden, seit 4 Jahren Schmerzen im Leib und Kreuz, Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. L Adnexe verbacken, adhärent.
29.	J.-No. 294. A. F. 20 Jahre. Nullipara, seit der Verh. (3 J.) Schmerzen im Leib und Kreuz, Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert, links T ansch. verdickt, Ovarium adhär rechte Adnexe verbacken, adhären
30.	J.-No. 301. M. M. 22 Jahre. Nullipara, seit 3 Jahren Schmerzen im Leib beiderseits, Fluor. Lange Zeit polikl. behandelt. Schmerzen in letzter Zeit besonders heftig.	Uterus anteflektiert, beide A verdickt, links gänseeigross, fixi
31.	J.-No. 302. J. P. 29 Jahre. 1 Partus vor 3 Jahren fieberhaft, vor 1 Jahre „Blinddarmentzündung". Schmerzen im Leib, Fluor.	Uterus anteflektiert, rechts ein gä eigrosser Adnextumor, wenig bev lich, fluktuierend.
32.	J.-No. 313. R. K. 38 Jahre. 1 Part. Fr. vor 1 Jahre Polypen des Uterus entf. u. behandelt an Reflexio ut. fix. und Salpingo-oophoritis dextra. Seit 3 Wochen anhaltende Blutungen und Schmerzen beiderseits im Leib.	Uterus retroflektiert, fixiert, an d selben ragen Polypen hervor. Bei seits umfänglicher Adnexbefund
33.	J.-No. 375. M. V. 29 Jahre. 4 Partus, Dysmenorrhöe, seit 2 Jahren Schmerzen im Leib, Urinbeschwerden, Fluor.	Uterus retroflektiert, linke Ad wenig beweglich, mit den rechten hi dem Uterus verwachsen.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
aginale Exstirpation des Uterus nd der rechten Tube, links gelingt icht wegen hoher fester Adhärenz. ypische Tbc.-knötchen auf dem Intestinum. Colporrhaphia post.	Tbc. mikroskopisch bestätigt.	Im allgemeinen glatt. Entl.: Zahlreiche Resistenzen i. d. Adnexgegenden.	Januar 1904. Vollkommen beschwerdefrei, keine Menstruation mehr.
inks Ovarium cystisch, hühnereiross mit der Tube an der Hinterwand völlig verbacken. Suprasymph. Querschnitt. Salp.-ooph. ect. sin. Ventrifix. ut.		Glatt.	
iele feste Adhäsionen, rechte Adexe im Douglas adhärent und verıcken, Tubenende verschlossen, ebenso links und verwachsen. Suprasymph. Kreuzschnitt. Salpingo-oophorectomia dextra. Salpingostomatoplastik links. Ventrifixura uteri.		Anfangs geringe Steigerungen, sonst glatt.	
mfängliche Verbackungen der link. dnexe mit der Flexur und dem im ouglas gelegenen Proc. vermiformis. ube stark verdickt, adhärent, Eiterısfluss bei Lösung des Fimbrienıdes. Rechte Tube keulenförmig ıtumesciert, enthält etwas Eiter, imbrienende verschlossen, adhärent, r. Ovarium adhärent. Suprasymph. Kreuzschnitt. Salp.-ıoph. ect. sin. Salpingectomia dextr.	Alte u. frische Eiterkörperchen, Bakterien in Diplokokken. Anordnung und kurzen Ketten.	Anfangs Temperatur über 38°, sonst glatt.	
lassenhaft Adhäsionen, Tubenchleimhaut intumesciert, besonders echts, Sekret entleerend. Rechtes varium cystischer Tumor mit der h. Ligamentplatte verbacken. Salpingo-oophorectomia dextra.	Viel frische Eiterkörperchen. Tubenepithelien, keine Mikroorganismen.	Glatt.	
iel Adhäsionen, Uterus klein, retroektiert, liegt unter den die untere igamentplatte vollständig nach ben kehrenden, umfänglichen Adextumoren, links fliesst Eiter aus er dicken Tube, die mit Längsschlitz mit Flexur kommuniziert. Amputatio uteri supravag. Salp.-oph. ect. dupl. Darmnaht, Drainage.	Alte zerfallene Eiterkörperchen.	Anfangs geringe Temperatursteigerungen, sonst glatt.	
eide Adnexe besonders links veracken und mit der Hinterfläche es Uterus adhärent, feste Darm- und Uterusadhäsionen. Salpingo-oophorectomia sin. Ventrifixura uteri.		Am 4. Tg. p. op. exitus infolge Nachblutung.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
34.	J.-No. 423. L. S. 39 Jahre. 1 Partus, 1 Abort. Dysmenorrhöe, seit 7 Jahren Schmerzen im Unterleib, Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. Adne besonders links mit dem Uterus u untereinander völlig verbacken.
35.	J.-No. 468. C. J. 46 Jahre. Nullipara. Vor 12 Jahren an Mastdarmfistel operiert, seit 3 Wochen Schmerzen im Leib und Kreuz, Urinbeschwerden, Fluor.	Uterus retrovertiert, beiderseits gänseeigrosser Adnextumor.
36.	J.-No. 476. C. N. 37 Jahre. Nullipara, seit 3 Jahren Schmerzen im Unterleib, die stärker wurden. Fluor.	Uterus lässt sich aus den beider vorhandenen Resistenzen nicht abtast
37.	J.-No. 480. E. S. 32 Jahre. Nullipara. Vor 5 Jahren per laparot. operiert: Adhäsionslösung und Salpingostomatoplastik, weiterhin behandelt wegen linksseitiger Eierstocksentzündung. Schmerzen im Leib.	Uterus scharf anteflektiert, linke Adne hühnereigross, rechte nicht zu taste
38.	J.-No. 491. J. M. 23 Jahre. Nullipara. Metrorrhagie. Seit 5 Jahren Schmerzen im Leib, vor 2 Jahren angeblich Blinddarmentzündung, lange wegen rechter Eierstocksentzündung behandelt. Fluor.	Uterus anteflektiert, Links gänsee grosser, rechts kleinerer Adnextumo unbeweglich.
39.	J.-No. 496. L. K. 30 Jahre, verheiratet seit 10 Jahren. Nullipara. Seit der Verheiratung Schmerzen im Leibe.	Uterus anteflektiert, beiderseits ve backen, adhärente Adnexe.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Feste Verwachsungen zwischen link. Adnexe und Rektum, Proc. vermiformis und rechter Tube. Uterus völlig retroflektiert, bedeckt die mit ihm zu einer Masse verbackenen Adnexe; beiderseits Hydrosalpinx, rechts Haemovarium. Salpingo-oophorectomia dupl. Ventrifix. ut. Tampon auf 24 Std.		Glatt.	
Rechter Adnextumor mit den Därmen fest verwachsen, Eiterausfluss, anscheinend aus dem Ovarium stammend, Fimbrienende offen, Schleimhaut stark entzündet. Linke Adnexe weniger verdickt. Auf dem Peritoneum des Uterus und Blase miliare Knötchen-Tbc. Salp. ooph. ect. dpl.	Frische Leukocythen, keine Bakterien.	3 Tage p. op. wegen Ileusersch. Wiederöffnung des Abdomens, Drainage. An demselben Tage exitus. Sekt.: Auf dem rechten Adnexstumpf einige Darmschlingen verklebt und bilden kleine Eiterhöhlen. (Staphylococcus pyog. aureus.)	
Rechte Adnexe hühnereigross, Tube stark geschwollen, im Douglas adhärent, Fimbrienende geschlossen. Ovarium cystisch degeneriert. Links Adnexkonvolut, der Tube entfliesst Eiter, mit dem Rektum verwachsen. Darmnaht. Salpingo-oophorectomia dupl. Ventrifixura uteri. Drainage.		Glatt.	Februar 1904. Uterus klein, links davon Empfindlichkeit, ansch. Resistenz. Beschwerden in der linken Seite, mässige Ausfallserscheinungen.
Massenhaft Adhäsionen des Uterus, S. roman. Proc. vermif. Coecum und Adnexen. Beiderseits Hydrosalpinx mässigen Grades; rechtes Ovarium cystisch degeneriert. Salpingo-oophorectomia duplex.		Glatt. Entl.: links vom Uterus eine kleine, etwas empfindliche Resistenz.	
Links ist die Flexur in langer Schlinge auf der linken Adnexe adhärent. Beide Tuben stark geschwollen mit mucopurulentem Inhalt. Rechts Ovarium adhärent. Suprasymph. Kreuzschnitt. Salpingo oophorectomia sin. Salpingectomia dextra.		Glatt. Entl.: Links geringe Resistenz.	
Beiderseits Tubenenden verlötet und starke Isthmica. Ovarien adhärent an der hinteren Ligamentplatte, unter den verlöteten Tuben. Suprasymph. Kreuzschnitt. Salpingostomatoplastik beiderseits.		Glatt. Entl.: rechte Adnexe etwas empfindlich.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
40.	J.-No. 545. G. G. 22 Jahre. 1 Partus. Heftige Schmerzen im Leib und Kreuz.	Uterus retroflektiert, fixiert. rech Adnexe anscheinend verdickt, Ovari mässig adhärent.
41.	J.-No. 546. P. R. 24 Jahre. 1 Partus vor 7 Jahren fieberhaft. Sehr heftige Schmerzen im Leibe, Fluor.	Uterus anteflektiert, beide Ovarien a scheinend vergrössert, adhärent.
42.	J.-No. 559. E. B. 34 Jahre. 1 Partus vor 7 Jahren fieberhaft, cf. 262 1899/00 Salpingo-oophorectomia sin. 1/4 Jahr p. op. wieder Schmerzen im Leib, besonders rechts, die heftiger wurden.	Uterus retoflektiert, hinten links fixi Rechts Ovarium adhärent, Tube a scheinend verdickt, schmerzhaft.
43.	J.-No. 596. K. B. 39 Jahre. 2 Partus. Dysmennorrhöe, zuletzt unregelmässig und seitdem heftige Schmerzen. 22. Oktober Inzision im h. Scheidengewölbe, Drainage, nachher im allgemeinen gutes Befinden ausser Stuhlbeschwerden, Fluor.	Uterus anteflektiert, rechts run faustgrosser, schmerzhafter Tumor
44.	J.-No. 599. E. G. 37 Jahre. 6 Partus. Vor 1 1/2 Jahren angeblich Blinddarmentzündung, seit 3 Monaten starke Blutungen und Schmerzen im Leibe, besonders links.	Uterus in Mittelstellung, links gänseeigrosser Tumor vom Uterus an die Beckenwand; auf demsel noch ein kleiner Tumor.
45.	J.-No. 610. M. D. 29 Jahre. Nullipara. Juni 1898 Blinddarmentzündung, ebenso Januar 1900 Eiterabgang im Stuhl. Schmerzen im Leib, besonders z. Z. der Periode. Urinbeschwerden.	Uterus retroflektiert, links ein gänse grosser, wenig beweglicher Adnextum
46.	J.-No. 664. A. S. 30 Jahre. 1 Partus vor 1 Jahre fieberhaft, kurz nachher Schmerzen im Leib und Kreuz. Fluor.	Uterus anteflektiert, linkes Ovari vergrössert, adhärent, rechtes we beweglich.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Flexur mit Uterus, Tuben und Blase verlötet. Tuben stark gerötet und geschlängelt. Auf dem linken Fimbrienende einige Knötchen (Tbc.) Adhäsionslösung, Resektion des linken Fimbrienendes. Ventrifixura ut.		Glatt. Entl.: linke Adnexe pflaumengross.	12. April 1901. Links empfindliche Intumescenz.
Netz an der Bauchwand, Blase und Uterus verbacken und bedingt d. Adhäsionen der Ovarien, sonst sowie Tuben normal. Adhäsionslösung.		Glatt. Entl.: Adnexe beiderseits wenig verdickt und etwas empfindlich.	
Netzadhäsionen, Uterus hinten adhärent, besonders der linke Adnexstumpf ist fest verwachsen. Rechts Ovarium und Tube, die Blut entleert, verbacken. Salpingo-oophorectomia dextra.		Im allgemeinen glatt.	19. Januar 1904. Uterus etwas postponiert, fixiert, rechts kl. Intumescenz, links frei. Im allgemeinen beschwerdefrei, zeitweise Kopfschmerzen.
Linke Adnexe auf der h. Ligamentplatte adhärent, Eiterausfluss aus dem vergrösserten Ovarium, Fimbrienende verwachsen, hinter dem Uterus Flexur verlötet (Inzisionsstelle!). Rechts Polykystoma ovarii. Salpingo-oophorectomia duplex.	Detritus, spärliche nur z. T. erhaltene Eiterkörperchen, keine Bakterien.	Anfangs Temperatursteigerung bis 39°, sonst i. O.	
Links am Uterus Dünndarmschlinge, Colon desc. und Coecum fest adhärent, ebenso Proc. vermif. damit breit und fest verwachsen; linke Tube stark geschwellt, Fimbrienende offen, stark gerötet. Am linken Ovarium in Kirschengrösse eine nekrotische Masse. Salpingo-oophorectomia sinistra. Darmnaht, Drainage.		Anfangs Steigerungen bis 38,2°, Kotfistel, die sich spontan schliesst, sonst o. B.	
Netz am Uterus adhärent. Linkes Ovarium Abscesshöhle; rechtes wenig adhärent. Salpingo-oophorectomia sinistra. Ventrifixura uteri.		Glatt.	
Beide Ovarien adhärent; linkes cystisch vergrössert, auf dem rechten liegt das Fimbrienende aufgelötet. Salpingo-oophorectomia sinistra.		Glatt.	Uterus in Mittelstellung, Adnexe frei; beschwerdefrei.

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
47.	J.-No. 671. R. D. 38 Jahre. 1 Abort vor 13 Jahren, seitdem unregelmässige Menstruation. Vor 4 Jahren Bauchfellentzündung, desgl. vor $^1/_2$ Jahre, Urinbeschwerden.	Uterus anteflektiert, rechts gänse grosses, wenig bewegliches Ovariu linke Adnexe verdickt, immobil, br mit dem Uterus verwachsen.
48.	J.-No. 678. E. F. 29 Jahre. Nullipara, seit der Verheiratung (27.) Urinbeschwerden, schmerzhafte Cohabitation. Seit 4 Wochen Schmerzen im Leibe beiderseits. Vor 2 Tagen Eiterabsonderung aus der Vagina.	Uterus anteflektiert, vor etlichen Tag erheblicher Adnexbefund beidersei bes. rechts. Jetzt: linke Adnexe t gelegen, verdickt, rechts Ovarium t hinter dem Uterus, adhärent.
49.	J.-N. 679. M. B. 19 Jahre. Nullipara. Seit 3 Jahren Schmerzen im Unterleib. Fluor.	Uterus anteflektiert, rechte Adn hühnereigross, immobil. Linkes Ovari adhärent.
50.	J.-No. 690. E. B. 37 Jahre. 3 Partus, letzter fieberhaft; seitdem Schmerzen im Leibe, die in letzter Zeit heftiger wurden. Fluor.	Uterus retroflektiert, fixiert. Lin Adnexe stark verdickt, verbacken
51.	J.-No. 705. M. R. 297. 6 Partus. Früher regelmässige Menstruation, seit 2 Mon. alle 14 Tage starke Blutungen, Schmerzen. Fluor, Urinbeschwerden.	Uterus in Mittelstellung, rechte Adne etwas verdickt, fixiert.
52.	J.-No. 713. R. S. 32 Jahre. 3 Part., erster fieberhaft. Schmerzen im Kreuz und Leibe. Blasenbeschwerden. Fluor.	Uterus anteflektiert, linke Adnexe v dickt, Ovarien cystisch.
53.	J.-No. 714. H. K. 28 Jahre. Nullipara. Dysmenorrhöe, Kreuzschmerzen, Fluor. Urinbeschwerden.	Uterus retroflektiert, fixiert. Adn ansch. verdickt, adhärent.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
Rechts eitergefülltes Ovarium, darüber liegt die Tube; linke Adnexe mit dem Uterus und der Umgebung fest verbacken. Salpingo-oophorectomia duplex.	Schlecht erhaltene Eiterkörperchen, keine Bakterien.	Temperatur 37° bis 38°. Glatt. Entl.: Links geringe empfindliche Resistenz.	Januar 1904. Beschwerdefrei, hat angeblich noch schwache Periode mit wenig Beschwerden.
Beiderseits an den Uterushörnern adhärent, 2 Dünndarmschlingen, starr infiltriert, bei der Lösung entleert sich aus dem Isthmus links Eiter; Fimbrienenden offen, Tuben am Isthmus verdickt und entzündet. Ovarien an der hinteren Ligamentplatte adhärent. Adhäsionslösung.	Detritus, keine Bakterien.	Glatt. Entl.: Adnexgegenden empfindlich.	30. Oktober 1901. Uterus retroponiert, fixiert, sonst o. B.
Adhäsionen zwischen Netz und den Beckenorganen. Rechtes Ovarium vergrössert, adhärent. Fimbrienende rechts geschlossen, Tube am Isthmus starr, und im ganzen intumesciert. Linkes Ovarium etwas adhärent. Supras. Kreuzschnitt. Salpingo-oophorectomia dextr. Ventifixura uteri.		Glatt.	
Links gänseeigrosser Adnextumor, fest adhärent, darüber die gesunde, intumescierte Tube. Eiterausfluss bei der Lösung. Salpingo-oophorectomia sin. Ventrifixura uteri.	Frische u. alte Leucocyten, keine Bakterien.	Glatt.	
Viel Adhäsionen, Fimbrienenden verlötet, Tubenrohre nicht wesentlich verdickt, Isthmus etwas starr. Linkes Ovarium adhärent, rechtes cystisch. Salpingostomie beiders.		Glatt.	
Linkes Ovarium cystisch, vergrössert, ihm aufliegend das verschlossene linke Fimbrienende. Salpingo-oophorectomia sinistra.		Glatt.	13. Januar 1904. Uterus in Mittelstellung, Adnexgegenden frei. 1 Partus 1 Jahr p. op. Beschwerdefrei.
Feste Adhäsionen der Adnexe und des Uterus. Linke Tube etwas geschwollen, blutiger Inhalt, Fimbrienende geschlossen. Suprasymph. Kreuzschnitt. Salpingostomatoplastik links. Ventrifixura uteri.		Im allgemeinen glatt.	

No.	Anamnese	Untersuchungsbefund
54.	J.-No. 777. B. T. 33 Jahre, 2 Part., erster fieberhaft, lange krank (v. 9 J). Schmerzen im Kreuz und im Leib. Urinbeschwerden.	Uterus retroflektiert, fixiert. Link Ovarium vergrössert, adhärent.
55.	J.-No. 786. A. B. 34 Jahre. 2 Part. Schmerzen seit längerer Zeit im Kreuz und im Leib. Fluor. Urinbeschw.	Uterus retroflektiert, fixiert. Adne beiderseits verdickt.

Operation	Eiterbefund	Verlauf	Nachuntersuchung bezw. späteres Befinden
inks Adhäsionen, Ovarium hühnereigross, cystisch. Salpingo-oophorectomia sinistra.		4 Tage p. op. Exitus. Sektion: Herzinsuffizienz.	
Viel Adhäsisonen, Fimbrienende geschlossen, Tuben etwas geschwollen. Ovarien an der hinteren Ligamentlatte adhärent. Salpingostomie beiderseits. Ventrifixura uteri.		Glatt.	

Zum Schlusse sei es mir vergönnt, meinem hochverehrten Chef und Lehrer Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Küstner für die gütige Überlassung des Themas und des Materials, sowie für das wohlwollende Interesse, das er stets meiner Arbeit entgegenbrachte, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen. Auch Herrn Privatdozent, Oberarzt Dr. Dienst, bin ich für die liebenswürdige Unterstützung zu grossem Dank verpflichtet.

Literaturverzeichnis.

J. A. Amann jr. Zur Frage der weibl. Genitaltuberkulose.

Baruch, Spätresultat von doppels. Adnexoperationen.

Bumm, Beitrag zur Kenntnis der Gonorrhöe der weibl. Genitalien.

— Der Mikroorganismus der gonorrh. Schleimhauterkrankung.

— Über gonorrh. Mischinfektion beim Weibe.

Cohn, Über Dauererfolge nach vollst. u. teilw. Entf. der Gebärmutteranhänge.

Czempin, Laparotomie mit u. ohne Drainage.

v. Franqué, Zeitschr. für Gyn. u. Geb., Bd. 37.

W. A. Freund, Über die Indikationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben.

M. Graefe, Beitrag zur Behandlung von Tubensäcken.

Glaevecke, Körperl. u. geist. Veränderungen i. weibl. Körper nach künstl. Verlust der Ovarien einerseits u. des Uterus andrerseits.

Hegar-Kaltenbach, operative Gynäkologie.

A. Hegar, Die Kastration der Frauen.

— Entstehung der Genitaltuberkulose.

G. Herrmann, Beitrag zur konservativen Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen.

Keilmann, Verwertung der Indikanurie.

Kern, Dissert. 97, Breslau.

Kleinhaus, i. Veits Hdb., Bd. III.

Kiefer, Die Virulenzverhältnisse der Adnexeiterungen.

Küstner, Über einige Indikationen zur Laparotomie.

— Bedingen Brandschorf in der Bauchhöhle Adhäsionen?

— Die leitenden Gesichtspunkte für die operative Behandlung der chron. entzündeten Adnexa uteri und der Beckeneiterungen.

— Gynäkologie.

L. Landau, Zur Pathologie und Therapie der Beckenabscesse des Weibes.

M. Landau, Über abdominale und vaginale Operationsverfahren.
Th. Landau, Entzündungen der inneren weiblichen Genitalien.
Luther, Über die Gonorrhöe des Weibes.
A. Martin, Frauenkrankheiten.
— Über Tubenerkrankungen.
— Über partielle Ovarien- und Tubenexstirpation.
Mandl und Bürger, Beitrag zur operativen Behandlung von Eiteransammlung in den Anhängen der Gebärmutter.
Menge, Bakteriologie der weiblichen Genitalien.
Noeggerath, Über den Einfluss der Gonorrhöe auf die Fruchtbarkeit des Weibes.
Orth, Lehrbuch der spez. pathol. Anatomie.
Orthmann, Virchow' Archiv 1887.
Pozzi, Lehrbuch der klin. und operat. Gynäkologie.
Sänger, Über gonorrhoische Erkrankung der Uterusadnexe und deren operative Behandlung.
Schauta, Lehrbuch der gesamten Gynäkologie.
— Über Indikation, Technik u. Erfolg der Adnexoperationen.
Schmitt, Zur Kenntnis der Tubengonorrhöe.
Schwarz, Die gonorrhoische Infektion beim Weibe.
Skutsch, Beitrag zur operativen Therapie der Tubenerkrankungen.
Steinschneider, Über den Weg der gonorrhoischen Infektion beim Weibe.
J. Veit, Lehrbuch der Gynäkologie.
— Über Tuberkulose der weiblichen Sexualorgane und Peritoneum.
E. Wertheim, Volkmann'sche Sammlung klinischer Vorträge (Gyn. 39.)
— Die aszendierende Gonorrhöe beim Weibe.
Wiedow, Zur operativen Behandlung der Pyosalpinx.
— Zur operativen Behandlung der Genitaltuberkulose.
Ziegenspeck, Über Thure Brandts Verfahren der Behandlung von Frauenleiden.
Zweifel, Über Salpingo-oophorectomie.

Lebenslauf.

Paul Becker, Sohn des Sanitätsrats Dr. Hugo Becker und dessen Gemahlin Anna, geb. Fuchs, wurde geboren am 30. Juni 1876 zu Breslau. Er besuchte das Königl. St. Matthiasgymnasium zu Breslau und nach bestandenem Abiturientenexamen — Ostern 1898 — widmete er sich dem Studium der Medizin. Ausser dem Sommersemester 1900, das er in Freiburg i. B. zubrachte, studierte er in Breslau. Hier bestand er nach 4 Semestern seine ärztliche Vorprüfung und beendete am 16. Februar 1903 das medizinische Staatsexamen. Seit dem 24. Februar 1903 ist derselbe an der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau als Volontärarzt, seit April 1904 als Assistenzarzt tätig.

Thesen.

1. Die konservative Operationsmethode bei Adnexerkrankungen ist der radikalen in vielfacher Hinsicht vorzuziehen.
2. Bei Placenta praevia ist das Sprengen der Fruchtblase die erste therapeutische Massnahme während der Eröffnungsperiode.